Nr. 1. 5. stycznia 1930. ROK IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

W sprawie stosunku zawodu do bolesnych schorzeń układu mięśniowego (z uwzględnieniem schorzeń gośćcowych).

Z Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

Stosunek zawodu do układu mięśniowego a zwłaszcza do bolesnych jego schorzeń określanych jako gośćcowe, nie jest problemem prostym. W przeciwieństwie do wielu innych spraw chorobowych mają te choroby związek z zawodem często tylko pośredni, mimo iż są zaburzeniami tak często spotykanemi i pozornie w tak bliskiem zetknięciu z czysto mechaniczną istotą wielu zawodów pozostawać się zdają.

Schorzenia mięśniowe są bardzo rozmaite, a częstość ich ogromna. Zrozumieć to łatwo. Sprawy chorobowe objawiające się w obszernym układzie mięśniowym, stanowiącym zwyż 70% masy ciała, nie mogą ujść uwagi, zwłaszcza, że często jedynym ich objawem jest ból występujący przy ruchu, a więc czucie, które zwraca szczególną uwagę chorego. Bolesne schorzenia na takim obszarze ustroju mogą poważnie niepokoić chorego i upośledzać jego zdolność do pracy, a stąd nic dziwnego, że przypadki, w których jedyną skargą chorego są bóle w mięśniach, są tak często w obserwacji lekarza.

Na istotę każdego zawodu składa się kilka czynników, ilościowo różnych, ale mogących stać się źródłem zachorzeń aparatu mięśniowego. Są to: 1) praca mięśniowa, 2) czynniki jej towarzyszące, 3) czynniki nerwowe. Każdy z nich może wywoływać zaburzenia w układzie mięśniowym, ale mogą to uczynić i wszystkie razem, o ile natrafią w organizmie na podatne podłoże. W określeniu, gdzie spoczywa główny akcent w zespole czynników chorobotwórczych układu mięśniowego, leży istotna trudność oznaczania bezpośredniej łączności danego schorzenia z zawodem. Aby ułatwić zrozumienie omawianego zagadnienia, podam pokrótce współczesne poglądy na mięśnie i ich pracę.

Mięśnie poprzecznie prążkowane są zbiorowiskiem tworów syncytialnych, powiązanych ze sobą tkanką łączną niosącą w sobie naczynia i nerwy, a stanowiącą w dalszym ciągu przedłużenie mięśnia, tworzące ścięgna z przynależnemi im tworami. Komórka mięśnia prążkowanego może jako syncytium być uważaną za kompleks jednostek pracujących. Rozmaitość tych zespołów wielokomórkowych o wspólnej plazmie, tworzących komórki mięsne jest bardzo duża. Sama długość waha się w obrębie ludzkiego układu mięśniowego od kilku milimetrów do 10 cm a więc biorąc skrajne długości, nieraz w ramach różnic 50-krotnych, stwarza ogromne bogactwo rozmiarów i siły. Budowa omawianych tworów nie jest też absolutnie jednolitą. Są między niemi jedne bogatsze w istotę płynną sarkoplazmy, a uboższe w poprzecznie prążkowane włókna i na odwrót. Unerwienie włókien mięsnych nie jest równo silne. Czasem wypada jedno włókno nerwowe na dwie komórki mięsne, a czasem 3 włókna na jedną komórkę mięsna, nie mówiąc nawet o szczególnie bogato unerwionych komórkach w obrębie t. zw. wrzecion mięsnych. Sam sposób unerwienia zdaje się też świadczyć o tem, że ma się tu do czynienia nie z komórką, ale z tworem powstałym ze zlania się większej ilości komórek .Jeśli uwzględnić wszystkie szczegóły, widzi się, że w systemie mięśniowym panuje daleko idąca rozmaitość. Powszechnie uważa się mięśnie prążkowane, z małemi wyjątkami, za podległe rozkazom woli. Jest to słuszne, ale nie w całej osnowie. Funkcję mięśni prążkowanych trzeba bowiem uważać za czynnościowy zespół, którego silnie ciepłotwórcza część jest w kontakcie z bodźcami nerwowemi zależnemi od woli, a część druga leży poza nia, i zbliża się pod tym względem do czynności mięśni gładkich, zależnych od wkrewno-wegetatywnego systemu. *Praca mięśniowa podlegająca woli jako jej wytwór, uzależniona jest bardzo od stanu komórki mięśniowej, uwarunkowanego* fizykochemicznie *przez bodźce wkrewno-wegetatywnej przyrody, przy mniejszym lub większym udziale mózgu wielkiego.* Mając takie przesłanki, można dopiero ocenić stosunek czynników składających się na istotę zawodu do różnych schorzeń układu mięśni prążkowanych. Omówię je kolejno.

I.

Pracy zawodowej towarzyszy praca mięśniowa. Może być ona mniej lub więcej intensywna, czy precyzyjna, może wprzęgać w swój udział różne mięśnie czy ich grupy, może być różna co do trwania, ale istnieje.

Czemże jest praca mięśniowa? Dawniej wyobrażano ją sobie prosto. Sądzono, że z zapasów energetycznych glykogenu i innych ciał w mięśniu wyzwala się energja, powstają zjawiska elektryczne, skracają się i grubieją włókienka, nastaje skurcz, zjawia się kwas mlekowy, a po usunięciu tegoż z mięśnia drogą naczyń ustaje skurcz. Energja skurczu to wyładowanie zapasów tkwiących w spichrzach energetycznych prostoplazmy mięśniowej. Dziś przedstawia się sprawa w zasadzie dość podobnie, ale w dużo więcej złożonej postaci. Poważne badania ostatnich lat poświęcone pracy mięśniowej odsłoniły wiele jej tajników, ale i wykazały, że do zupełnego zgłębienia procesu jeszcze dość daleko. Stwierdzono, że z zapasu mięśniowego glykogenu wydobyty cukier rozpada się na kwas mlekowy, który tylko w $^1/_3$ spala się na CO_2 i H_2O dostarczając energji. Część tej ostatniej wyzwala się jako ciepło, a część idzie na użytek resyntezy cukru z $^2/_3$ ilości kwasu mlekowego wytworzonego poprzednio. W procesie tym bierze udział kwas fosforowy, a przejściowo zjawia się laktacidogen. Stosunek jonów: potasu i wapnia oraz czynność wkrewna trzustki, przytarczyc a możliwe i innych inkretów, nie jest tu bez znaczenia. Kwas mlekowy wytworzony przy poprzednio opisanej reakcji, działa na koloidy włókienek mięśniowych w ich anizotropowej części a te skracają się i pęcznieją wyzwalając drzemiącą w koloidach energię pośrednio przez elektryczność do ostatecznej postaci efektywnej — ruchu. W czasie pracy wytwarzają się różne substancje znużeniowe (kenotoksyny). Dzięki otwarzeniu się zamkniętych w czasie spokoju kapilarów mięśniowych i dzięki wzrostowi ilości tychże nieraz i 40-krotnemu dopływa materjał odżywczy a naczynia włosowate układu limfatycznego unoszą ciała znużeniowe z mięśnia. Dowóz przez kapilary stratę uzupełniającego cukru, złożenie tegoż w glykogen, dopływ do komórki tlenu, którego ona łaknie po pracy i kilka innych procesów, czyni znów mięsień zdolnym do dalszej funkcji. W wewnętrznej pracy mięśnia musi panować daleko idąca precyzja, do której musi się dostosować zmienne w swej ilości i dobrane do potrzeby unaczynienie oraz szereg funkcji wyższych, jak złożona czynność ośrodków, od których zależy zborność ruchów, oraz związane z nią odpowiednie nastawienie na stan bierny antagonistów pracujących mięśni. Jeśli jest mięsień słaby, albo za mało odpoczywa, albo też praca jego za duża, choć mięsień jest prawidłowy, jeśli praca jest niezborna i niewprawna, nastają warunki dekompensacji. Mięsień pracuje nieekonomicznie. Dużo energji idzie na marne. Odpływ substancji znużeniowych jest niezupełny, niektóre z tych ostatnich drażnią zakończenia nerwowe w mięśniu, niektóre wywołują bezsilę, praca mięśniowa staje się coraz słabszą, a na domiar tego towarzyszyć jej zaczyna ból częściowo ischemiczny, a częściowo neuralgicznej przyrody — zjawia się *myalgja* z przemęczenia. Dla każdego zawodu właściwemi są inne myalgje, ale i mechanizm zaburzenia nie zawsze jest równoznaczny. Lekarzowi, który już w pierwszym okresie studjów musiał się doskonale orjentować nietylko w anatomji układu mięśniowego, ale i w tem, jaka czynność ustroju związana jest z pracą poszczególnych mięśni — nietrudnem jest wywnioskowanie, jakie części układu mięśniowego ulegają przepracowaniu przy poszczególnych zawodach. I tak np. nietrudno wywnioskować, że u kowala pracują bardzo energicznie: *1) Musculus trapezius, 2) m. latissimus dorsi, 3) mm. rhomboidei, 4) m. coracobrachialis, 5) m. levator scapulae, 6) m. pectorales, 7) m. serratus ant., 8) m. deltoides, 9) m. supraspinatus, 10) m. teres maj., 11) m. biceps brachii, 12) m. brachialis internus, 13) m. anconei, 14) m. extensores, 15) m. flexores, 16) m. pronator teres, 17) m. brachio-radialis, 18)* wielka grupa mięśni zwana jako całość *m. erector trunci, 19) m. glutei, 20)* rozginacze i 21) zginacze uda i podudzia *(22 ext., 23 flex.)*, — podobnie u atlety, drwala, tragarza, choć z tą różnicą, że u pierwszego z nich odbija się praca na wielu miejscach, u drugiego pracuje szczególnie 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, a u trzeciego 18, 19, 20. Praczki nasilają szczególnie *m. biceps brachii, m. coracobrachialis* (możliwość przerwania włókien), *m. pectorales, m. teres maj., supra i infraspinatus, pronator teres i brachio radialis.* Większość zawodów przemęcza mię-

śnie barku i kończyny górnej prawej, u niektórych przeważają pewne mięśnie i tak u brukarzy, górników, ogrodników, rolników, nadto *m. erector trunci*, u froterów *erector trunci, m. glutei, m. adductores femoris, flexores i extensores* uda i podudzia, — u krawców i szewców małe mięśnie rąk i *m. deltoides*, u tancerzy mięśnie łydkowe, u nauczycieli szermierki po lewej stronie *m. trapezius i latissimus dorsi*, a po prawej *m. teres maj., infraspinatus, supraspinatus, biceps brachii, brachioradialis, pronator teres, supinator brevis*, fryzjer nasila mięśnie statyczne, a ponadto zginacze i rozginacze ręki po stronie prawej z dodatkową nadwyżką *m. adductores abductores* i *opponentes* I — V-go palca. Mięśnie palców cierpią przy pracy u krawców, szewców (I, II), robotnic w fabrykach sztucznych kwiatów (II), telegrafistów, wydymaczy szkła *(flexores)*, zegarmistrzów, pisarzy i muzyków, zwłaszcza pianistów. *M. orbicularis oculi* bywa zmuszany do wyczerpującej pracy u zegarmistrzów przy przymykaniu jednego oka po założeniu lupy na drugie, *m. orbicularis oris* nadczynny jest u trębaczy. Statyczne bóle w obrębie mięśni tułowia kończyn dolnych dotyczą wielu zawodów, a ujawniają się najłatwiej wtedy, gdy są momenty pogarszające warunki pracy mięśni statycznych np. przy obecności płaskiej stopy. Widzi się je u hotelarzy, portjerów, piekarzy, ślusarzy, kowali, stolarzy, drukarzy, pielęgniarek, kucharzy, kupców i w. i. Zawody wymagające zwłaszcza w okresie studjów i nasilonej pracy ciągłych skurczów pewnych grup mięśni dają dużo powodów do myalgji. U osób kształcących się na pianistów lub też u pianistów zawodowych cierpią zwłaszcza rozginacze palców mięśnie międzykostne i glistowate oraz *m. brachialis internus i deltoides*. Podobnie ma się rzecz u uczących się pisać na maszynie lub też piszących zbyt wiele. U pisarzy cierpią najbardziej zginacze i rozginacze palców, zwłaszcza II i III, mięśnie międzykostne i glistowate. Zginacze palców i mięśnie międzykostne bywają stosunkowo często przeciążane pracą u skrzypków.

Odpowiedź na to, jakim jest rodzaj myopatji, czy czysto mięśniowy, czy myoneuralny, czy też od wpływów dodatkowych też pochodzący, a tu ważne są wpływy klimatu, czy też czysto psychiczne, nie należy do łatwych, bo granice tych wpływów są często bardzo niejasne. Zawody takie jak: kowal, drwal, tragarz obfitują w bezpośrednio powstałe myalgje, nawet i od przerwania włókien mięsnych zawisłe (u kowali w *m. deltowym)*, myalgje o istniejących składowych także w nerwowym aparacie niższego typu, spotyka się u wielu zawodów, z włączeniem zajęć wymagających tak wkładu pracy mechanicznej jak i pracy systemu nerwowego, — są więc udziałem ludzi bardzo różnej kategorji. Myalgje ze składową mięśniową, myoneuralną i nerwową wyższej kategorji spotyka się w inteligentnych zawodach, zachorzenia zaś mięśni, których i czynnik klimatyczny gra rolę mogą być spotykane u rolników, ogrodników, murarzy, maszynistów, monterów, praczek i i.

Z tego co powiedziałem widać, że sama składowa ruchowa jest tylko w pewnych razach czystą w swej postaci, a przeważnie łączy się z czynnikami klimatu, stanu psychicznego i i. Jest stąd zrozumiałe, że te ostatnie czynniki są w całem zjawisku ważną składową i zasługują na to, by bliżej w nie wniknąć. Rzecz tę omówię w ciągu dalszym mych rozważań, rozpoczynając od t. zw. bólów reumatycznych.

II.

Bóle w mięśniach o t. zw. gośćcowym charakterze, nie muszą zjawiać się w następstwie bezpośredniem nadmiernej, czy też nieodpowiedniej pracy — mogą powstawać bez niej, względnie niezależnie od niej. Należą tu myalgje przy różnych, często bliżej nie zdefinjowanych zakażeniach i wogóle przy stanach gorączkowych, bóle mięśniowe u osób z zaburzeniami przemiany materji, jak dna lub cukrzyca i bóle na właściwem tle reumatycznem, t. j. wyraźnie od wpływów klimatycznych zależne. Zakończenia nerwowe czuciowe obecne w mięśniach są wrażliwe na różne substancje, i czułe są też na zwyżkę ciepłoty ustroju. Tłumaczy to do pewnego stopnia przyczynę bolesności mięśniowej przy zakażeniach i wogóle przy gorączce. Możliwe, że i jakość przepływającej przez mięśnie krwi t. j. jej odczyn i skład musi być w odpowiednich granicach ustalona, by nie zadrażnić ich zakończeń nerwowych, o czem świadczą wahania w nasileniu bolesności mięśniowej, w zależności od stanu chorobowego w cukrzycy i dnie. W pewnych przypadkach znów są bóle zjawiskiem wtórnem, zależnem od przemęczenia mięśni chcących unieruchomić zajęty dnawo bolesny staw, czy też zastępując pewne mięśnie, uchronić dotknięte dną ich ścięgna czy pochewki ścięgniste od pewnych urażeń, ale to też nie tłumaczy w wielu razach zależności myalgji od stopnia zaburzenia w przemianie materji, które istnieje jako takie. Najwięcej trudności ze wszystkich przedstawia jednak wytłumaczenie t. zw. reumatycznych bólów mięśniowych, zależnie od wpływów klimatycznych, a ważnych w wielu zawodach jako czynnik towarzyszący. Czem one są w istocie nie wiemy dziś jeszcze dokładnie. Jest rzeczą znaną od dawien dawna, iż są ludzie, u których przed nastaniem niepogody zjawiają się uporczywe bóle w mięśniach, przykre, nudne, słabnące nieco przy ścisku na mięsień, silniejsze przy skurczach mięśniowych i upośledzające pracę. Czułość opisanego objawu na pogodę jest tak precyzyjna, iż ludzie tacy są chodzącymi, lokalnymi, wskaźnikami meteorologicznymi i nigdy nie zawodzą. Bóle zjawiają się u nich w różnych mięśniach, najczęściej w tych, które najwięcej pracują, lub kiedyś już ulegały ostrym zachorzeniom, ale nie jest to prawidłem. Myalgje, o których mowa, nie są tylko zależne od spadku ciśnienia powietrza względnie tylko od wzrostu wilgotności, ale od tej sumy czynników, które w danych warunkach muszą doprowadzić do niepogody. Obok opisanych bólów wchodzących w zakres tego, co dziś się mieni meteoropatją, znane są i inne myalgje również od wpływów klimatycznych zależne. Nagłe wystąpienie silnych, nieraz nawet kłujących bólów w mięśniach, po niewielkiem oziębieniu rozgrzanego poprzednio i spoconego ciała, bólów mocno zatrważających swem nasileniem dotkniętego niemi osobnika, a ustępujących nieraz bez śladu po podaży 0,5 g aspiryny, czy innego preparatu salicylowego, są też stanem, którego właściwa przyczyna jest owita pewną mgłą tajemnicy. Niema tu mowy o zakażeniu, zupełnie brak gorączki, tętno jest normalne. Ustrój jest pozatem jako całość prawidłowy, a tylko jedna tkanka okazuje bolesność i upośledzenie czynności, iż czyni z człowieka poprzednio rzeźkiego istotę robiącą wrażenie ciężko chorej, zupełnie niezdolnej do pracy. Czasem tylko, o ile ochłodzenie jest zbyt silne, mamy tu do czynienia z toksyczną, a po części i z zapalną bolesnością pewnych mięśni, łącznie ze stanem gorączkowym na tle zakażenia, wychodzącego najczęściej z gardła lub dróg oddechowych, a zwanego sumarycznie, choć niesłusznie, grypą, ale to nie daje się zaliczyć do reguły. Regułą są te bezgorączkowe myalgje, których tłem są zmiany dziś jeszcze niedostatecznie wyświetlone. Przyroda żywa strzeże zazdrośnie swych tajemnic. W epoce zadziwiających wynalazków, w okresie przekształcania się pojęć fizyki, w czasie imponującego rozkwitu chemji, — w chwili, gdy uczeni są już zajęci rozbijaniem jądra atomu i dążą niezmordowanie do rzucenia pomostu między światem materjalnym a energją, — w chwili tej jest reumatyzm mięśniowy, mimo usilnych prac nad jego istotą, w zasadzie tymsamym, czem był za czasów genjalnych myślicieli starożytnego świata, — zagadką.

Myogeloza Schade'go, jedyna naukowo stwierdzona dzisiaj zmiana w mięśniach wśród wspomnianych wyżej warunków, a obok niej szereg mniej zbadanych zaburzeń zależnych bądź to od bodźców wegetatywnych, bądź to od zmian przepuszczalności błony mięśniowej, od zaburzeń naczynio-ruchowych, od zmian w przepuszczalności naczyń, od różnych fizykalnych przewrotów w ugrupowaniu czynnych składników zakończeń nerwowych, zmiany dotyczące zjawiska dyfuzji, osmozy zwykłej i elektrycznej, przestawienie czynnych jonów, przejawy t. zw. fizykalnego rozodpornienia — to wszystko zespół zjawisk będących drogowskazem dla badaczy istoty tego dzisiaj jeszcze mało znanego zjawiska, z którem lekarz styka się tak często i nieraz może nie docenia jego złożonej istoty.

O bólach mięśniowych na tle skazy moczanowej wspomniałem poprzednio. O ile są one zjawiskiem wtórnem, o którem przedtem była mowa, to są też bardzo mało zbadane. Dna jest odziedziczonem często do pewnego wieku przywiązanem cierpieniem, polegającem na zwichnięciu wkrewno-wegetatywnej równowagi w gospodarce purynowej z ważnym udziałem wątroby. Duży dowóz ciał purynowych może wytwarzać objawy dny przy istniejącej u pewnych ludzi łatwości dyssymilacyjnego opróżniania się spichrzów dla tych ciał w organizmie, przy równoczesnem utrudnieniu wywozu tych substancyj drogą nerek. Przetrzymywany w organizmie kwas moczowy ulega tautomeryzacji, uzyskuje pewne powinowactwo do niektórych składowych aparatu ruchowego; warunki zawieszenia kwasu moczowego we krwi zależne od ciał koloidalnych sprawiają, iż nie może się on w odpowiedni sposób utrzymać we krwi w tych ilościach, w jakich u zdrowego jeszcze to jest możliwe, musi więc wypadać, a czyni to do stawów, ścięgien, pochewek ścięgnistych i t. d. U osobnika dnawego mamy do czynienia z odczynem, który przy tej samej diecie nie występuje u człowieka zdrowego, którego koloidy umieją sprawnie utrzymać kwas moczowy w zawieszeniu, składowe aparatu ruchowego nie zatrzymują, a nerki wydzielają sprawnie. Nadwyżka lub przeczulenie współczulne u dnawych bierze w tem wybitny udział, łącznie z tłem dziedzicznem, sferą psychiczną i typem somatycznym. To wszystko każe na pierwotne bóle dnawe w mięśniach patrzeć się inaczej i nie zapominać, że wprzód trzeba pomyśleć o tych wszystkich czynnikach neurowegetatywnych, które na dnę się

składają i zwracają uwagę na współudział układu nerwowego w tem cierpieniu. Na twierdzenie, że ból jako taki ma dużą styczność z układem współczulnym każdy się zgodzi, każdy przyzna, że pewne ciała wagotoniczne łagodzą bóle przy dnie, pobudzają też sprawność całego aparatu kierowniczego dla przemiany purynowej. Czy nie łatwo stąd przypuszczać, że bóle dnawe w mięśniach nie tylko zależą od reakcji na zmieniony skład chemiczny krwi, nietylko wiążą się z wtórnemi przejawami statyczno-mechanicznej przyrody, ale znajdują też swe źródło w swoiście zmienionem wegetatywnem napięciu. Bóle mięśniowe przy cukrzycy skłaniają do podobnych myśli ogólniejszej przyrody.

* * *

Wszystko to, co mówi nauka ścisła o bólach mięśniowych jest bardzo ciekawe, ale zastanowić się też trzeba nad tem, jak lekarz-praktyk oceniający łączność bólu mięśniowego z zawodem ma ustosunkować swój sąd do tych tak codziennych, a mimo to przecież niezupełnie jeszcze jasnych zjawisk. Przytoczę przykład. Murarz pracujący w upalny dzień na budowie może łatwo przy nagłej zmianie temperatury na niższą po letniej okolicznej burzy gradowej oziębić się, spadki temperatury spotykane w lecie w takich razach wynoszą nierzadko zwyż 10° C, przy równoczesnem zaistnieniu wiatru, który sprzyja ochłodzeniu się ustroju. Zachodzi pytanie, co mogło tu pracującemu tak zaszkodzić, iż wywołało bóle mięśniowe, czy wielogodzinna praca mięśniowa, czy nagły wpływ klimatyczny, czy jedno i drugie. Pierwszy czynnik jest ściśle związany z zawodem, drugi tylko pośrednio, bo mógł zaistnieć i pozazawodowo. Chory nie mógł zaprzestać pracy, ale mógł przy odpowiedniem ubraniu zapobiec zbytniemu oziębieniu. Coś podobnego możliwe jest u rolników i u wielu zawodów mających z natury rzeczy styczność z wahaniami ciepłoty powietrza. Weźmy przykład inny. Kucharz w dużej jadłodajni, człowiek z rodziny nacechowanej dną, człowiek w sile wieku, o piknicznej budowie, lubiący czasem popić alkohol, kosztujący w czasie swej pracy rozmaitsze potrawy, stoi długo przy kuchni nasilając mięśnie statyczne, a potem spocony idzie nie okrywszy się do zimnej spiżarni po jakiś wiktuał: dostaje postrzału. Z czego? Czy tylko z długiego zawodowego nasilenia mięśni statycznych, czy — co najprawdopodobniejsze — z gwałtownego oziębienia, którego ostatecznie mógł uniknąć, czy też z obu przyczyn. Nie jest też niemożliwem, że przy wspomnianej sposobności ujawniła się tylko tląca w jego organizmie dna, po części odziedziczona, a po części nabyta, trochę zawodowo, a trochę poza zawodem. Przyroda kieruje się biologicznemi prawidłami, które znamy tylko po części i te pozorne jej kaprysy są uderzające. Nie jest to bez znaczenia wobec łączności zawodu z t. zw. bólami reumatycznemi. Widzi się czasem, jak praczka, która pracowała w ubikacji gorącej nasyconej parą wodną, wychodzi wbrew przestrogom otoczenia na zimno w porze zimowej, bez widocznych następstw dla zdrowia, a kiedyindziej w lecie przy mniejszych przeskokach ciepłoty poczyna ta sama osoba odczuwać bóle w mięśniach najbardziej w zawodowej jej pracy udział biorących. Związek zawodu z chorobą zdaje się być jasnym, a jednak do zupełnej jasności coś mu brakuje. Zastanawia w tem wszystkiem to, że u ludzi wiejskich pracujących w przyrodzie, wśród zmiennych jej warunków klimatycznych, u ludzi otrzaskanych i obytych z temi zjawiskami od wczesnej młodości, a z drugiej strony u osób, których praca nie odbywa się bez towarzyszących jej zbytnich emocji, przedstawia się całe zjawisko inaczej, jak u osobników pracujących w mieście. Widocznem się staje, że w ocenie tego zagadnienia musi się mieć na względzie i to, co gra rolę w nastawianiu ustroju na odczyn wobec szkodliwych bodźców. Czynnikiem tym jest system nerwowy.

III.

Zagadnienie udziału układu nerwowego w stosunku wzajemnym zawodu do schorzeń goścowych w zakresie systemu mięśni prążkowanych jest na pierwszy rzut oka mniej zrozumiałe, ale po wniknięciu w istotę całego zjawiska rozświetla się bardzo rychło.

Człowiek zawładnął w znacznym stopniu nad żywą i martwą przyrodą na ziemi, zdobył sobie całkiem wyjątkowe stanowisko, wniósł w życie cały bezmiar pomysłowości swej i wyczarował z przyrody tyle piękna, iż słów brak na jego określenie. Niezwykły rozwój mózgu ludzkiego zdziałał rzeczy nadzwyczajne. Zapytać się teraz należy, coby zdziałał ten mózg, gdyby nie miał swego głównego motoru, przez który wyładowuje misterne wyniki swej wewnętrznej pracy na zewnątrz. Musiałby ograniczyć się do całkiem wewnętrznych przeżyć, dla otoczenia niedostrzegalnych. Motorem, o którym mowa, jest nic innego, jak układ mięśni prążkowanych. Praca fizyczna z jednej strony, pozwalająca wprowadzać w czyn pomysły, a z drugiej strony możność utrwalania pracy ducha ludzkiego przez pismo, ton, czy obraz, są ściśle związane z istnieniem systemu nerwowego. Przez układ mięśniowy wydobywa się z ustroju ludzkiego to, co stanowi o jego wyższości nad resztą żywej przyrody. Na tem jednak nie koniec. Psychika ludzka nie daje się pomyśleć bez stanów, które mienimy uczuciami, a które znajdują swój motoryczny wyraz w afektach. Afekt psychiczny jest w sumarycznem ujęciu przejawem wkrewno-wegetatywnym z dołączeniem funkcji o charakterze czynności dowolnych. Przejawy przedtem wspomniane są główną jego osią. Nic też dziwnego, że każdy afekt musi być połączony z wkrewno-wegetatywnym wpływem na układ mięśni prążkowanych, a w pierwszym rzędzie na jego biologiczne napięcie. Wystarczy spojrzeć na człowieka, bądźto będącego w radosnym nastroju, bądź też mającego poczucie swej przewagi nad drugim, na człowieka w szczytowem nasileniu gniewu, na osobnika nacechowanego nieustraszoną odwagą — odrazu uderza w jego wyglądzie hipertonja mięśni z widoczną przewagą rozginaczy. A z drugiej strony człek smutny, zgnębiony, zgorżkniały, trwożliwy, zahukany, zawstydzony, oszołomiony podziwem, lub mający poczucie swej niższości wobec drugiego — czyż nie jest uderzającą hipotonja jego mięśni i wydatna przewaga zginaczy nad rozginaczami. Tonus mięśniowy, życiowe napięcie mięśni, może być żywym wskaźnikiem psychiki ludzkiej i dawać wyraz jej wpływu na podstawę, ruchy i mimikę. Czemże jest i do jakiego stopnia może wpływać na pracę zawodową człowieka podlegającego wpływom afektu?

Mięśnie poprzecznie prążkowane są unerwione poczwórnie: 1) motorycznie, 2) czuciowo, 3) współczulnie i 4) przywspółczulnie. Pierwszy sposób unerwienia daje w rezultacie ruch, pracę, drugi, ważne dla mechanizmu kierowniczego zborności, poczucie ruchowo-statyczne, a w razie stanu chorobowego, ból, trzeci warunkuje nadczynność, a czwarty obniża zależną od stanu fizykalnego pracę sarkoplazmy, warunkującą napięcie mięśniowe. Sprawa udziału zakończeń wegetatywnych mięśnia, jego wrażliwości czuciowej, nie może też być pominiętą. Bodźce ruchowe i współczulne biegną z rdzenia przez korzonki przednie, czuciowe i przywspółczulne wchodzą względnie wychodzą przez korzonki tylne. Pozatem otrzymuje układ mięśniowy podniety, które drogą pozapiramidową przechodzą z wyższych ośrodków, warunkujących bądźto zborność ruchów (jądro czerwone), bądźto automatyzmy ruchowe wyższe, względnie zdolność utrwalania mięśnia w odpowiedniej fazie skurczu (ciała prążkowane). Odruchy, których miejscem wyładowania są mięśnie bywają różne, bądźto proste, idące przez zwykły rdzeniowy łuk odruchowy, bądźto złożone, dalszą drogą bieżące, a wreszcie i najwyższe bardzo skomplikowanej przyrody. Odruchy całkiem obwodowe, czysto wegetatywne, zdają się być możliwe. Komórka mięsna pracująca jest więc pod bardzo rozlicznemi wpływami, których istota tkwi w tem, jak system nerwowy oddziaływa na różne wpływy zewnętrzne, względnie w nim się rodzące podniety przeróżnej kategorji z włączeniem wkrewno-wegetatywnych. Najlepiej uwidacznia się ta rzecz na przykładzie.

Młody, ale już wyszkolony i wprawny pracownik wykonuje w pogodny, piękny, nieupalny dzień poruczoną mu pracę zawodową. Jest zdrów. Praca jest na ukończeniu. Zwierzchnik nie szczędzi mu słów uznania. Po pracy czeka go miłe spotkanie, zabawa w sympatycznem gronie osób, słowem dużo przyjemności. Raźno i ochoczo idzie mu robota. Uczucie zmęczenia nie zjawia się prawie. Każdy ruch jest precyzyjny, mięśnie jakby nastawione do pracy, jędrne, gibkie w ruchach i sprawne. Suma wykonanej pracy była znaczna, ale wyładowanie energji szło tak gładko, iż całe zajęcie dawało raczej miłe poczucie dokonania pewnego czynu, a nie zmęczenia.

Weźmy przykład inny. Młody czeladnik, któremu rzemiosło nie odpowiada, a jego nauka idzie stąd dość ciężko, człowiek wątły, cierpiący na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, zgryźliwy, „skwaśniały" wsłuchujący się wciąż w utyskiwania i zrzędzenia przełożonego nad jego robotą, wykonuje dość drobną pracę w duszny, parny, gorący a pochmurny dzień. Robota idzie mu jak z kamienia. W domu czeka go rodzeństwo. Nastrój jego po powrocie z pracy, wkracza w dziedzinę krańcowego smutku i przygnębienia. Człowiek taki odczuje napewno silniej 1/10 część tej pracy zawodowej, która u poprzednio opisanego przeszła bez reakcji, oddziała na nią bólem, boć praca jego szła niezbornie przy krańcowej hipotonji mięśniowej. Nie absolutna ilość pracy, ale wpływ towarzyszących pracy okoliczności i wielorakie psycho-somatyczne nastawienie mięśni, może być w wielu przypadkach czynnikiem wywołującym odczyn ze strony mięśni i żadną miarą pominiętym być nie może. Jest zrozumiałem, że osobniki neuropatyczne, ku zadumie zbaczające, ludzie mający pewne cechy neuro- czy psychastenji mogą nawet bez towarzyszących okoliczności wpłynąć swym

w nich samych zrodzonym posępnym nastrojem na mięśnie i dać bogaty, a tak lekarzom znany rodzaj chorych z bólami mięśniowymi, które niczem zwalczyć się nie dają, boć wchodzą w ramy czystych psychalgji. O ile lekarz wykluczy tu myopatie na znanem tle chorobowem, irradjacje z narządów wewnętrznych, zwłaszcza narządu oddechowego, krążenia i przewodu pokarmowego, oraz choroby układu kostnego, o których przy nieuzasadnionych pozornie myalgjach zawsze myśleć należy, to musi przy tych właśnie mniej umotywowanych stanach, zwrócić uwagę w stronę tego czynnika, który najważniejszą grać tu może rolę. Jest niem wydzielanie wewnętrzne.

IV.

Układ wkrewny wpływa na mięśnie drogą pośrednią. Współczesna wiedza określiła ten wpływ z możliwą dokładnością a na podstawie dzisiejszego jej stanu można sobie wyrobić pewien pogląd na całość zjawiska. Uwidacznia to załączone zestawienie:

Gruczoły wkrewne.	a	Układ mięśniowy.	b	Gruczoły wkrewne.
H_1 Gm	+ →	1. Masa	← +	H_1 Gm Chr
H_1 Gm Chr	+ →	2. Napięcie	← —	P Th*) Pt
P Th*) Pt	— →		← +	Chr Gm
H_1 Gm	+ →	3. Siła	← +	Chr Gm
H_1 T	+ →	4. Sprawność	← +	Chr T
Pt	— →			
T**)	+ →	5. Szybkość skurczu	+ ←	T**)

Znaczenie skrótów: H_1: płat przedni przysadki mózgowej, T: tarczyca, Pt: gr. przytarczyczne, Th: grasica, P: trzustka, Chr: układ chromochłonny, Gm: jądra. — Odnośnie do jajników to stwierdzony wpływ hamujący na 1 i 3. Co się tyczy szyszynki, pł. tylnego przysadki m. i systemu komórek lipoidowych — brak jeszcze ściślejszych danych. +: wpływ pobudzający, —: wpływ hamujący, a: wyniki spostrzeżeń doświadczalnych i klinicznych, b: badania kliniczne, *): w dorosłym organizmie, **): przy nadczynności.

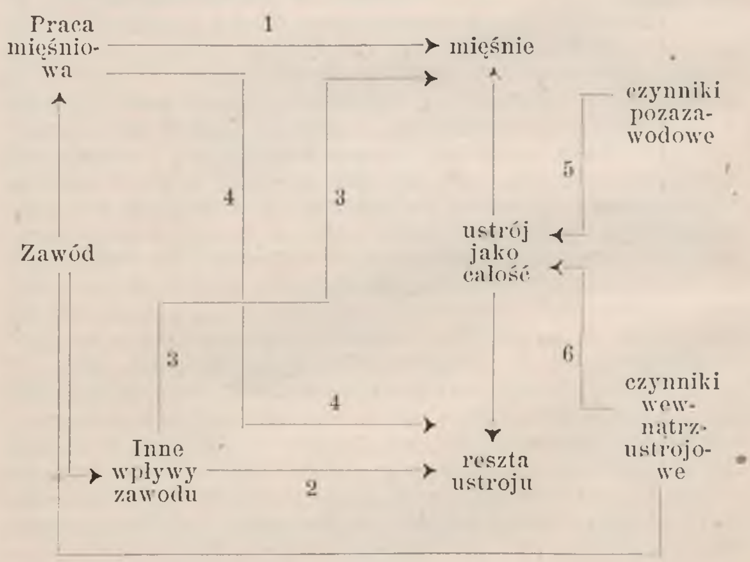
Człowiek pracujący zawodowo jest wciąż pod wpływem bodźców wkrewnych, rodzących się w nim bądźto z racji przynależności jego do pewnego typu, bądźto zjawiających się przez współpracę neuroinkretoryczną. Zawód daje znów warunki, by drogą nerwową zaistniało tu pewne pobudzenie wkrewne. Niezawsze odpowiada zawód usposobieniu człowieka i przez rozdźwięk tego rodzaju może się rodzić niezadowolenie z pracy, poczucie monotonji, nuda, nieodpowiednie unerwienie mięśniowe i stąd mniejszy efekt wykonawczy, łatwość wystąpienia stanów dystonicznych, bólów mięśniowych, kurczów zawodowych, czy też niemocy najbardziej używanych mięśni. Jeżeli się spojrzy na to, jacy ludzie w większości oddają się pewnemu zawodowi, to staje się jasnem, że dojście do życiowego celu w danym zawodzie jest zależne od typu człowieka, który nie jest niczem innem, jak wynikiem istnienia pewnej „formułki wkrewnej" w ramach danego organizmu. Istota, której typ nie odpowiada zawodowi załamie się w drodze, a jeśli przecież uprze się i pozostanie w danym zawodzie, wejdzie w skład tych ludzi chorych, wśród których tak częste są uporczywe bóle mięśniowe występujące w czasie pracy. Utarło się poniekąd zdanie, iż przedstawiciele pewnych zawodów mają w swej fizjognomji pewne cechy somatyczne przystające do ich zajęcia. Nie jest to niesłuszne. Możliwe, że spełnianie pewnego zawodu oddziaływa na organizm i wywołuje pewne jego cechy, — z drugiej jednak strony ludzie o pewnych właściwściach nadają się specjalnie do pewnych zawodów i najlepiej je spełniają. O ile wchodzi w grę jedno, a o ile drugie, w to narazie nie wchodzę. Jest faktem, że przedstawiciele typu mięśniowego widnieją często wśród kowali, tragarzy, atletów, drwali, froterów. Krawcy są naogół istotami delikatnej budowy. Widzi się wśród nich asteników, astenicznych tarczycowców i przedstawicieli typu tarczycowego. Wiele tego rodzaju ludzi spotyka się wśród fryzjerów, kelnerów, a niekiedy i zegarmistrzów. Pykniczne rodzaje ludzi stwierdza się wśród kucharzy, maszynistów, szoferów, monterów i ogrodników. Muzycy w dużej ilości przynależą do grupy tarczycowej i tarczycowo-płciowej.

Jest zrozumiałem, że wątły chłopak zniesie lepiej pracę u krawca, aniżeli w zawodzie wymagającym nakładu siły. Jeśli wstąpi do terminu u kowala rychło poczuje nieodpowiedniość swego wyboru. Taksamo i w innych zawodach. Trafny ich wybór zależy w głównym zarysie od zdolności odczuwania przez kandydata, czy jego wrodzona konstytucja cielesna bądź też zdolność może dostroić się do danego zawodu. Dzieje się to jednak często i brak jest tego dostrojenia. W rezultacie choroby, a wśród nich myalgje zwykle, neuralgiczne, psychjalgiczne i inne. Prócz mechanicznej strony pracy mięśniowej istnieje i inna, jak wyżej to dokładnie omówiłem. Praca wykonywana niechętnie jest cięższa, bo wiąże się z hipotonją mięśniową, praca spełniana z ochotą ma lepsze warunki. Do jakiej pracy jest osobniczy pęd, to zawisłe jest od układu wkrewnego. Tarczycowiec niema warunków fizycznych aby być kowalem, drwalem, tragarzem, atletą, froterem, a może być doskonałym muzykiem, malarzem, aktorem, bo może łatwo wykonywać zadania, które prócz pracy fizycznej wymagają pewnego wkładu subtelności i uczucia. Zawód tancerza, któremu właściwym jest duży zasób pracy fizycznej, ale jest i przytem czynnik uczuciowy, a zwłaszcza płciowy, wykonają dobrze i bez wydatnego znużenia osobniki ze składową płciową czy tarczycową w swym typie domieszaną do elementów mięśniowych, cech konstytucjonalnych, nadających muskulaturze wytrwałość. Ludzie, których fantazja zbyt nie unosi, z natury nie silni, ale drobiazgowi, u których nadnercza nie są w nadczynności, a reszta systemu wkrewnego sprawna wykonają dobrze takie czynności, jakie składają się na zawód krawiecki, zegarmistrzowski i inny. Mięśniowo nadnerczowe typy nadają się do zawodów wymagających siły fizycznej uwarunkowanej składową mięśniową i energji psychicznej tkwiącej w typie nadnerczowym, a nadającej napięcie mięśniowe. Kowal, atleta, monter, maszynista, ślusarz, górnik i i. należą do tej grupy. Czysto mięśniowe okazy wykonają dobrze zawód drwala, tragarza, brukarza, frotera, praczki. Typy mięszane z mocniejszym udziałem składowej mięśniowej, ale z istniejącą też składową nadnerczową uwarunkują dobrze wiele innych zawodów, jak murarski, blacharski, zawód rolnika, ogrodnika, szewca i w. i. Ludzie typu nadnerczowego, czy też tarczycowo-nadnerczowego mają po wyszkoleniu się dobre warunki do kierownictwa większych instytucji, warsztatów i t. p. Gdyby ludzie obierając zawód rozważyli to wszystko, nie byłoby tylu chorób zawodowych układu mięśniowego. Nie zawsze jednak to czynią i nie zawsze jest im to możliwe. Powołanie do zawodu wymagające tak pracy umysłowej, jak i fizycznej istnieje i tkwi w ustroju a ominięcie jego głosu stwarzać może dużo chorób zawodowych.

* * *

Doszedłem do kresu mych wywodów. Wykazałem, iż stosunek zawodów do cierpień układu mięśniowego nie jest prosty, a jeśli jest taki, to dotyczy to tylko pewnego niedużego procentu przypadków. Cała reszta obejmuje schorzenia mięśniowe, na których powstanie składają się złożone już czynniki.

Ilustruje je przytoczony schemat:



osobnicze usposobienie i konstytucjonalne warunki dla wykonania zawodu.

Ścisły kontakt schorzeń mięśniowych z zawodem istnieje tylko czasem (drogą 1) pozatem jest on pośredni (2 — 6). Najczęściej jest on mieszanej przyrody. Największem zapewnieniem sprawności mięśniowej i drogowskazem dla uniknięcia schorzeń układu mięśniowego jest odpowiednie osobnicze usposobienie i konstytucja ustroju, warunkująca zdolność organizmu do danego zawodu. Pominięcie głosu przyrody w chwili wyboru pracy stwarza podkład do wielu schorzeń układu mięśniowego. Lekarz mający zadanie leczyć u wyszkolonych pracowników już powstałe schorzenie zawodowe mięśni nie może burzyć życia pracownikowi i odrazu odradzać mu zawodu. Musi on tylko baczyć na te czynniki dodatkowe, które prócz pracy mięśniowej w każdym zawodzie grać mogą rolę a pouczywszy chorego o sposobie ich pomijania, może pracownikowi przykry dotychczas zawód uczynić dużo znośniejszym.

Określenie stosunku zawodu do bolesnych schorzeń układu mięśniowego stać musi zawsze na jak najszerzej pojętej podstawie, którą w mych wywodach dokładnie określiłem. Tylko tą drogą zakreśloną na podkładzie przyjętym przez ścisłą wiedzę, można skutecznie zwalczać choroby zawodowe układu mięśniowego i leczenie ich skierować na drogę terapji przyczynowej, a nie czysto objawowej, jaką jest podaż preparatów salicylowych, zabiegi zewnętrzne i czasowe zaprzestanie pracy.

Piśmiennictwo.

I. — 1) Bibergeil: Berufs- u. Unfallkrankheiten der Bewegungsorgane. 1913. — 2) Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge (Herausg. v. A. Gottstein, A. Schlossmann, L. Teleky). 1926. Bd. II. (Gewerbe hygiene u. Gewerbekrankheiten. B. 2. (S. 514—540). C. (S. 600—786)). — 3) Sommerfeld: Handbuch der Gewerbekrankheiten. 1898.

II. — 1) Araki: Ztschr. f. ph. Chemie 15—17, 19. — 2) Botazzi, Quagliariello: Arch. int. de Physiol. 1912. 12. — 3) Chauveau, Kaufmann: Compt. rend. 103—105. — 4) Olof Hammarsten: Lehrb. d. physiol. Chemie. — 5) Henri, Joteyko: Cpt. r. Acad. des sc. Paris. 1903. — 6) Kräpelin, Hoch: Ps. Arbeiten 1895. — 7) A. Krogh: Anat. u. Physiol. d. Capillaren. 1924 (s. 5—9). (tł. Dr. U. Ebbecke). — 8) Joteyko: a) „Fatigue" (w.: Richeta: Dict. d. phys.). — b) Journ. méd. de Bruxelles. 1917, 27—29. — c) Etude sur la contract. tonique. Inst. Solv. Trav. 1902. 5. — 9) L. Latkowski: Choroby narządu ruchowego (II t.). Nauki o chorobach wewn. wyd. przez W. Jaworskiego, str. 440—451 (odnośnie do mięśni. — 10) G. Marinesco: Maladies des muscles (w.: Brovardel-Gilberta: Traité de méd. et de thér. 10 (777) 1902. — 11) J. K. Parnas: Chemja fizjologiczna. Cz. I. 1922 (str. 25—27). — 12) H. Regelsberger (Erlangen): Vegetatives Nervensystem und Skelettmuskeltonus (w.: L. R. Müllera: Die Lebensnerven. 2. Aufl. 1924). — 13) Saito, Katsuyama: Ztschr. f. ph. Chemie 32. — 14) H. Schade: Die physikalische Chemie in der inneren Medizin. 1923 (S. 417—424), (w związku z poruszonymi tamże problemami por. prace W. Pauliego, R. Höbera, F. Fürtha i H. Bechholda). — 15) Spalteholz: Die Vertheilung der Blutgefässe im Muskel. — 16) Way: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 34.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Jerzy SZYMONOWICZ, Asystent Kliniki. Lwów.

Trudności rozpoznawcze mięsaka czerniaczkowego o nietypowem umiejscowieniu.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. H. Schramm.

Nie ulega wątpliwości iż badanie histopatologiczne zdobyło sobie jedno z dominujących miejsc wśród badań pomocniczych szczególnie w diagnostyce chirurgicznej.

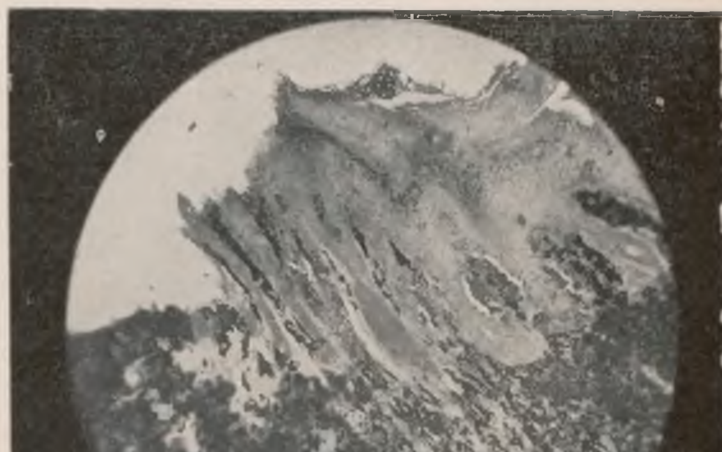
Niestety, lekarze praktycy nawet w dobie dzisiejszej, często niedoceniają, co gorzej zaniedbują pomocniczego badania drobnowidowego, metody mającej tak doniosłe znaczenie w diagnostyce, a właściwie dającej w znacznej mierze rękojmię rozpoznania. Pominięcie biopsji w przypadkach niepewnych, prawie stale powoduje przykre następstwa, a czasami niepowetowane szkody dla chorego. Jaskrawym i dowodnym przykładem niechaj będzie nasz przypadek, który niestety zapóźno mieliśmy sposobność spostrzegać na tutejszej klinice.

Chora O. A. (L. p. hist. chor. 209/29), licząca lat 52, wdowa po rolniku, zgłasza się 19. VI. b. r. na tutejszą klinikę skierowana przez lekarza z prowincji z powodu bolesnego owrzodzenia wielkości dwuzłotówki pomiędzy IV a V palcem nogi prawej. Przed rokiem mniej więcej zauważyła, iż okolica ta dotychczas całkowicie niezmieniona, nie wykazująca żadnych zmian barwikowych, poczęła obficie wydzielać pot, tak iż miejsce to mimo oczyszczania było stale wilgotne. Wystąpiły przytem wyraźne senzacje czuciowe w postaci świądu, zmuszające chorą do częstego drapania. Z czasem okolica schorzała stała się nader wrażliwą, a nawet drobny uraz jak otarcie źdźbłem słomy, powodowało dotkliwy ból dłuższy czas trwający. Po paru miesiącach spostrzegła pojawienie się drobnej plamki ciemnobrunatnej, wybitnie bolesnej z uczuciem pieczenia. Wobec tego zwróciła się do miejscowego lekarza o poradę, który po oglądnięciu traktując tę sprawę jako zwyczajne odgniecenie, polecił wcieranie jakiejś maści. Stan jednakże nie polepszał się, przyczem plamka poczęła się szybko powiększać, dotychczas o powierzchni gładkiej, płaskiej, przez rozpad utworzyła owrzodzenie, zarazem pojawił się w pachwinie prawej guz wielkości orzecha laskowego nie powodujący jednakże żadnych dolegliwości. Dwa miesiące przed przybyciem na klinikę z powodu pogarszającego się z dnia na dzień stanu udała się powtórnie o poradę do innego lekarza. Owrzodzenie zostało usunięte operacyjnie, bez zwrócenia baczniejszej uwagi na powiększony gruczoł pachwinowy. Rana pooperacyjna goiła się opornie, a po niedługim czasie otoczenie przybrało kolor czarny i rozszerzyło się znacznie. Ponieważ z powodu stopniowo pogarszającego się stanu, wobec bezskuteczności leczenia odczuwa trudności w chodzeniu i wykonywaniu swych codziennych zajęć, zgłasza się na klinikę.

Badanie ogólne u chorej o miernej budowie ciała i podupadłem odżywieniu nie wykazuje wybitniejszych zmian chorobowych w zakresie głowy, klatki piersiowej i jamy brzusznej, przyczem zwrócono baczną uwagę na wątrobę niepowiększoną i o gładkiej powierzchni, natomiast w fałdzie między palcem IV a V stopy prawej stwierdza się owrzodzenie wielkości dwuzłotówki, zachodzące częściowo na powierzchnię grzbietową stopy o intenzywnie czarnobrunatnem zabarwieniu, o brzegach ostro ciętych, płasko rozprzestrzeniające się, o spoistości wybitnie opornej jakby przypalonej na powierzchni suchej. W części środkowej tworzy owrzodzenie kraterowate zagłębienie. Przy obmacywaniu wyczuwa się w otoczeniu twardy naciek, silnie bolesny. W pachwinie prawej stwierdza się guz wielkości dużego jaja kurzego, dobrze ruchomy, niezrośnięty z otoczeniem, o skórze łatwo nad nim przesuwalnej, w obmacywaniu dość miękki, niebolesny, przeświecający nieco sinawo.

Wobec niepewności rozpoznania czy mamy do czynienia ze zgorzelą, czy też z owrzodzeniem na tle zakaźnem, przyczem gruczoły pachwinowe należałoby uważać za powiększone zapalnie, a nawet co braliśmy od początku pod uwagę za zmianę nowotworową z przerzutami w pachwinie, oprócz innych pobocznych badań postanowiliśmy poddać miejsce schorzałe biopsji.

W znieczuleniu miejscowem pobraliśmy próbny skrawek z owrzodzenia przybrzeżnie, celem drobnowidowego zbadania właściwej istoty schorzenia. Uważam za ważne zwrócić uwagę na to, że lekarz wykonujący pierwszy zabieg przypuszczał martwicę karbolową, nie skierowując baczniejszej uwagi na zmiany w pachwinie, które byłyby go niewątpliwie zastanowiły.



Ryc. I. W polu widzenia wyraźnie zaznacza się brzeg owrzodzenia, z ostro odgraniczonym przybłonkiem, pasmem nacieku zapalnego podnaskórkowego i obfitemi masami nowotworowemi zawierającemi barwik. (Microfotografja. Zeiss. Objekt. A. Okular. 2).

Badanie drobnowidowe dało nieoczekiwany wynik, mianowicie, jak to widać na załączonej rycinie, posuwając się od powierzchni stwierdza się dobrze utrzymane warstwy naskórka, dochodzącego do brzegu owrzodzenia. Tuż pod nim widoczny jest obfity naciek drobnokomórkowy zapalny o charakterze przeważnie limfocytarnym. Posuwając się jednak wgłąb, natrafia się dopiero na właściwe utkanie guza, zawierające obficie barwik. Komórki tego utkania dość znacznych rozmiarów, o różnorodnych kształtach, w większości wrzecionowate gdzieniegdzie gwiaździste z wy-

pustkami, szczelnie obok siebie ułożone, wykazują obfite nagromadzenia ciemno brunatnego barwika, w postaci ziarn zlewających się ze sobą. Miejscami ziarna tego barwika występują w tak znacznej ilości iż pokrywają w zupełności zarysy ciał komórkowych. Jądra tych komórek o ziarnistej pierwoszczy, wykazują wyraźnie zwiększoną barwliwość, ulegają gdzieniegdzie uciskowi barwika lub też rozpadają się na kilka poszczególnych fragmentów. Nagromadzenia tych komórek dość jednostajnie rozłożone, wykazują wybitniejszą zawartość barwika, szczególnie w zakresie rozpadającego się dna owrzodzenia, pozatem dookoła naczyń i gruczołów. Samo podścielisko wykazuje znaczniejszy rozwój tkanki łącznej na obwodzie guza, tworząc miejscami drobne pasemka wnikające do jego wnętrza. Zwraca pozatem uwagę wybitniejszy rozrost gruczołów zbliżonych swą budową do gruczołów potnych. Całość ze względu na atypię komórkową, obecność barwika i ogólny charakter utkania wykazujący wyraźnie nowotworową naturę tkanki, *odpowiada budowie mięsaka barwikowego (melanoma malignum).*

Chora na żaden zabieg operacyjny ani też leczenie roentgenologiczne nie zgodziła się, wobec czego opuściła klinikę.

* * *

Jak z wyżej wymienionej historji wynika, istniały niewątpliwie znaczne trudności rozpoznawcze spowodowane nietypowym obrazem klinicznym. Przedewszystkiem już sam charakter guza o wrzodowatym wyglądzie zewnętrznym, płasko rozprzestrzeniającego się, z kraterowatem zagłębieniem i podminowanemi brzegami, usadowiony w niezwykłem miejscu, nie mógł nasuwać przypuszczeń istnienia sprawy nowotworowej. Możnaby przyjmować łatwiej jakikolwiek inny proces, podobnie jak to miało miejsce, naprzykład owrzodzenie zakaźne o przewlocznym charakterze, lub proces zgorzelinowy czyto na tle miażdżycowem, czy swoistem, czyteż wywołany przez działanie środków żrących. Badanie jednakże ogólne dokładnie przeprowadzone stwierdziłoby powiększone gruczoły pachwinowe, a oporność w traktowaniu leczniczem powinnaby zaciekawić i skłonić do pobrania próbnego wycinka, którego badanie drobnowidowe nieomylnie ustaliłoby właściwą istotę schorzenia i skierowało wczesne leczenie na odpowiednie tory.

Na tem miejscu pragnąłbym jedynie w zarysach zaznaczyć etiologję i patogenezę mięsaków czerniaczkowych, nieco zaś szerzej omówić nowsze zapatrywania na prognozę i lecznictwo. Wiadomo jest iż nowotwory barwikowe biorą swój początek z tkanek zawierających już w stanie prawidłowym barwik. Należą tutaj więc w pierwszym rzędzie wszystkie pochodne ektodermy, oprócz wielu innych jak oko, centralny układ nerwowy i t. d. Zwracając uwagę na skórę należy zaznaczyć iż te guzy usadawiają się najczęściej na twarzy, na owłosionej części głowy, pozatem w wielu innych miejscach, jeżeli zaś chodzi o stopę, to częściej pojawiają się po stronie podeszwowej niż na grzbietnej, aczkolwiek czasami umiejscowione są też pod paznokciem. Źródłem wyjścia dla bujania nowotworowego są najczęściej pewne nieregularności skóry w postaci brodawek, znamion lub plam barwikowych i t. p. Zmiana pierwotna rozwija się zazwyczaj powoli w postaci tworu brodawkowego o spoistości miękkiej, najczęściej mało zwracająca uwagę, podczas gdy niespodziewanie prędko pojawiają się przerzuty w gruczołach nawet w znacznem oddaleniu od ogniska pierwotnego, powiększające się szybko i zatracające swój charakter barwikowy. W daleko posuniętych stanach przychodzi do obfitego rozsiania licznych przerzutów w wątrobie, kościach, tkance nerwowej dając obraz *melanosis universalis.*

Tak jak obraz kliniczny nowotworów barwikowych jest dość jednolity, tak pod względem przynależności swej i histogenezy zajmują w onkologii nieściśle oznaczone miejsce. Niechcąc się wdawać w dłuższe wywody, ze względu na szczupłość ram wyznaczonych niniejszej pracy, zmuszony jestem zaznaczyć iż do chwili obecnej trwa spór o to czy nowotwory barwikowe należy uważać za pochodne elementów ektodermy, czy też macierzą ich jest tkanka łączna. Wielu autorów idąc za teorją Ribberta przyjmuje pochodzenie mezenchymalne, dowodząc iż komórki nowotworowe są pokrewne komórkom gromadzącym barwik t. zw. chromatophorom i zowią je *chromatophoroma.* Inni natomiast z Borstem i Kreibichem na czele, starają się udowodnić, iż nowotwory te są pochodzenia epidermalnego, utworzone z komórek barwikotwórczych podobnych do melanoblastów głębszych warstw naskórka i nazywają je *melanoblastomami.* Należałoby wobec powyższych przypuszczeń przyjąć albo istnienie dwóch grup, albo też idąc śladami Lubarscha utworzyć osobny dział nowotworów barwikowych w najszerszem tego słowa znaczeniu, łącząc obie wyżej wymienione grupy pod wspólnem mianem *melanocato-blastomatów.* Wypada nadmienić iż wedle Huecka melanin zawarty jest jedynie w tkankach pochodzenia ektodermalnego, względnie wyjątkowo w częściach mezodermalnych najściślej związanych z ektodermą. Powstanie melaninu należy łączyć wedle Meirowskyego i Szily z przemianą materji jądra komórkowego jako jednym z wielu produktów tegoż, który jest pochodnym tyrozyny. W naszym przypadku nie odważymy się na definitywne sklasyfikowanie przynależności do którejkolwiek z powyższych grup, pozwolimy sobie jedynie zaznaczyć iż przy przeglądaniu obrazu drobnowidowego uderza nas na pierwszy rzut oka ostre odgraniczenie tkanki nowotworowej od nabłonka. Pozatem dominuje głębokie usadowienie nowotworu wśród tkanek należących do grupy łącznych, dalej zaznaczają się stosunkowo drobne zmiany na powierzchni, a przedewszystkiem zastanawia wygląd komórek przybierających charakter wybitnie wrzecionowaty miejscami nawet gwiaździsty, daleko odbiegający swemi cechami od charakteru komórek nabłonkowych. Wszystkie te dane razem wzięte mogły przemawiać bardziej za pochodzeniem łącznotkankowem aniżeli za nabłonkowem.

Sprawa prognozy nowotworów czerniaczkowych przedstawia się pod każdym względem nader niekorzystnie, wykazują one bowiem znaczną żywotność tkanki, a definitywnie przesądzona zostaje ich kwestja znaczną złośliwością szerzenia się sprawy i szybkością rozsiewania się przerzutów nie tylko na drodze naczyń chłonnych lecz także krwionośnych. O niepomyślności rokowania świadczą najlepiej zestawienia statystyczne. Dittrich z wrocławskiej kliniki chirurgicznej podaje na 26. przypadków operowanych tamże jeden jedyny przypadek bez nawrotu, Broders opisuje 38 przypadków operowanych wszystkie z następowemi przerzutami lub nawrotami, dalej Womack zebrał w piśmiennictwie 26 przypadków ogłoszonych, w tem dwa bez nawrotu po sześciu i po dwóch latach. Nie ulega wątpliwości iż prognoza jest ściśle związana z metodą leczenia w danym przypadku zastosowaną. Jednakże zaznaczyć należy że aczkolwiek zdarzają się przypadki uleczenia, to jednak nie upoważnia nas do optymizmu, gdyż nawet kilkunastoletni okres od zabiegu wolny od przerzutów względnie nawrotu nie może nas umacniać w pewności całkowitego wyleczenia.

Nie wiele jednostek chorobowych jest tak niewdzięcznych i trudnych w traktowaniu leczniczem jak właśnie nowotwory barwikowe. Jeśli chodzi o pewność całkowitego wyleczenia to z powyższych statystyk widzimy jak znikome są odsetki dodatnich wyników i śmiało można twierdzić, iż prawie nigdy nie udaje się osiągnąć całkowitego uleczenia, zawsze bowiem nawet po dłuższym okresie czasu zachodzi obawa pojawienia się nawrotu. Wydawałoby się iż jedynie wczesny, bardzo radykalnie przeprowadzony zabieg operacyjny z równoczesnem zapobiegawczem wyłuszczeniem gruczołów chłonnych w najbliższem otoczeniu, celem przecięcia drogi szerzenia się nowotworu, miałby dobre widoki prognostyczne. Tymczasem przypadki leczone chirurgicznie, najczęściej już po paru tygodniach wykazują ogólne rozsianie przerzutów, nawet w tych wypadkach w których według Pringle'a dokonano szerokiego okrojenia nowotworu w zdrowej warstwie skóry z pobraniem głębokich warstw tkanki podskórnej. Nader charakterystyczną jest dla nowotworów barwikowych ta wzmożona wprost błyskawiczna szybkość masowego rozwoju przerzutów po usunięciu pierwotnego ogniska, podczas gdy inne gatunki nowotworów po wyłuszczeniu pierwotnego gniazda chociażby chwilowo zahamowują szerzenie się ognisk przerzutowych, a nawet czasami przy istnieniu przerzutów reagują cofnięciem się tychże, jak to ma naprzykład miejsce przy nabłoniaku kosmówkowym *(chorion epithelioma).* Pozatem o żywotności i złośliwości tkanki barwikowej świadczą najlepiej znane przypadki powierzchownego usunięcia, na pierwszy rzut oka niepodejrzanego znamienia barwikowego, które powodowały wkrótce po zabiegu pojawienie się niespodziewanych przerzutów. Dlatego też przy wycinaniu nawet bardzo skrupulatnem brodawek względnie dobrotliwych znamion barwikowych, winno się mieć chorego w długotrwałej i ścisłej obserwacji, gdyż wystąpienie ogólnego rozsiania po usunięciu pierwotnego ogniska, uchodzącego za zmianę dobrotliwą, może nastręczać w dalszym swym toku, podobnie jak i w naszym przypadku znaczne trudności w sprecyzowaniu zatartego obrazu schorzenia.

Stosunkowo najwdzięczniejsze w leczeniu są nowotwory barwikowe usadowione podpaznokciowo *(melanoma subunguale)* umiejscowione najczęściej na wielkim palcu ręki lub nogi. Są one przeważnie pochodzenia urazowego, opisywane przez Jonesa, Hutchinsona, Hertzlera i Womacka. W tych przypadkach zabieg operacyjny ma pełne widoki powodzenia i ampu-

tacje całego palca dają dobre wyniki. Inne formy jednakże mimo najdokładniejszego traktowania chirurgicznego bez następowego leczenia roentgenologicznego nie dają się opanować.

Wobec bezskuteczności leczenia chirurgicznego, a nawet zachodzącego niebezpieczeństwa przyśpieszenia rozsiania nowotworu po zabiegu, dzisiejsze lecznictwo zwróciło się w kierunku radio- względnie roentgeno-terapji. Szereg prób i nabyte paroletnie doświadczenie wykazały jednakże, iż nie dają one spodziewanych pomyślnych skutków, czasami zaś podobnie jak i nóż chirurga oddziaływują szkodliwie (Blumenthal). Prace jednak ostatnich lat stwierdzają iż nie można roentgenoterapji odmówić w zupełności pewnego korzystnego działania, a odpowiedniem i umiejętnem zastosowaniem promieni Roentgena można osiągnąć niekiedy dobre wyniki, mogą one spowodować znaczne polepszenie stanu, w rzadkich przypadkach nawet uleczenie. Holdfelder z kliniki Schmidena podaje w swej pracy 18 przypadków leczonych naświetlaniami promieniami Roentgena, wśród których jeden zasługuje na specjalną uwagę. Mianowicie u dziewczynki 12-letniej leczonej przed 5½ rokiem za pomocą roentgena z powodu mięsaka barwikowego w zakresie pierwszej falangi palca u ręki i uleczonej tą metodą, do dnia dzisiejszego nie stwierdza przerzutów ani nawrotu. Poleca on stosować silne dawki twardych głęboko wnikających promieni i zaznacza iż jedynie za pomocą tego rodzaju stosowania osiągnął dodatnie wyniki i one tylko mogą gwarantować pomyślne rezultaty.

Stosowano pozatem rozległą elektrokoagulację (Cannon, Cafferty, Lehmann, Holfelder i Schamberg) otrzymywano jednakże w rezultacie, podobnie jak po zabiegu chirurgicznym, szybkie rozsianie nowotworu. O wiele lepsze wyniki osiągnęli Cannon i Darier zapomocą elektrolizy. Podają oni jako przykład skuteczności tej metody przypadek mięsaka czerniaczkowego uleczony po 15 posiedzeniach, którego 6 letnia obserwacja bez nawrotu stwierdza pomyślność tego sposobu leczenia. Nie należy przesądzać sprawy kombinowania wyżej wymienionych sposobów leczniczych, z których każdy z osobna nie dając dobrych wyników w połączeniu z drugim mógłby osiągnąć niespodziewane rezultaty. Na tutejszej klinice mieliśmy sposobność stwierdzić słuszność powyższego przypuszczenia, w ostatnich czasach bowiem operowaliśmy szereg przypadków nowotworów nie nadających się do zabiegu operacyjnego, które jednak oprócz zabiegu chirurgicznego przy zastosowaniu elektrokoagulacji z jej głębokiem działaniem udało się uratować. Nie ulega więc wątpliwości że gdzie nie uzyskuje się wyników pojedynczemi metodami, tam naprzemienne kombinowanie różnych sposobów jak n. p. doszczętnego zabiegu operacyjnego z elektrokoagulacją i następową roentgenoterapją, może budzić nadzieje korzystnego wyniku. Zrozumiałem jest iż przy stanach daleko zaawansowanej i uogólniającej się sprawy nie można się spodziewać dobrych skutków z powyższych metod, może jedynie znaleźć zastosowanie leczenie elektrotermiczne sposobem Warda za pomocą wkłucia dodatniej elektrody w postaci igły w guz i całkowitego głębokiego zwęglenia mas nowotworowych.

Powracając do naszego przypadku widzimy z powyższego opisu, iż chociaż dotyczy to sprawy nader złośliwej, to jednak dwukrotne zaniedbanie drobnowidowego badania, mimo iż rozpoznanie było niepewne, naraziło chorego na bezkarne rozszerzanie się procesu nowotworowego. Można przypuszczać iż w żadnym wypadku nie przyszłoby tak szybko do skutku opanowanie całego organizmu przez sprawę nowotworową, gdyby już za pierwszym razem poddano schorzałe miejsce biopsji. Mamy więc jeszcze jeden przykład jak wiele może oddać usługi, wczas zastosowane badanie histopatologiczne, szczególnie w zakresie diagnostyki chirurgicznej.

Dr. Tadeusz FRĄCKOWIAK, asystent Kliniki. Kraków.

Przypadek tabetycznej postaci stwardnienia rozsianego.

Z Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Piltz.

Stwardnienie rozsiane jest jedną z najczęściej spotykanych neurologicznych jednostek chorobowych. Różnorodność jej obrazów jest tak wielką, że przy rozpoznaniu różniczkowem każdego cierpienia neurologicznego trzeba brać pod uwagę możliwość istnienia stwardnienia rozsianego. Do niezmiernych jednak rzadkości należy obraz stwardnienia rozsianego, gdzie miast wzmożonego napięcia mięśniowego, oraz wzmożenia odruchów w kończynach dolnych, napotykanoby porażenie wiotkie z utratą odruchów ścięgnistych.

Przypadek niżej opisany należy do tych wyjątków.

Chora J. zgłosiła się do Kliniki Neur. Psych. U. J. dn. 7. V. 1929, mając lat 16. Dziedziczność 0.

Z wywiadów dowiadujemy się, że zachorowała poraz pierwszy w 10 r. życia. Pojawiło się wtenczas utrudnienie chodu, nasilające się stopniowo, przyczem prawa kończyna dolna wydawała się być słabsza aniżeli lewa. Chora chodząc zataczała się. Po pewnym czasie wystąpiło także przekrzywienie twarzy i osłabienie prawej kończyny górnej. Ręka prawa przy ruchach drżała. Po prawej stronie wystąpiło osłabienie wzroku. Przejściowo chora widziała podwójnie. Czasami miewała silne zawroty głowy. Po 6 tygodniach dolegliwości te ustąpiły i pozostało jedynie łatwe męczenie się przy chodzeniu.

W 15 r. ż. ponownie poczęły słabnąć nogi, i to przedewszystkiem znowu kończyna prawa. Pacjentka czuła w niej ściąganie i zrywanie, oraz zauważyła trudność przy zginaniu tej kończyny. W obu kończynach dolnych miewała mrowienia i cierpnięcia. Ponownie pojawiły się zawroty głowy. Teraz także mowa stała się wolniejszą. Przez tydzień chora miała trudności w oddawaniu moczu. Nieraz musiała się śmiać bez powodu. Stan ten w ciągu pół roku znacznie się poprawił.

Po raz trzeci wystąpiło pogorszenie 7 miesięcy przed przyjęciem chorej do kliniki. Chora mogła chodzić już tylko przy pomocy osób trzecich, zataczała się silnie. Trzy tygodnie przed przyjściem do Kliniki zaczął słabnąć słuch, ponownie wystąpiło wykrzywienie twarzy oraz trudności przy oddawaniu moczu.

Przy przyjęciu do kliniki chora dobrze odżywiona, o wyglądzie zdrowym, utrzymuje się na nogach tylko przy pomocy oparcia się na dwóch pielęgniarkach. Podparta z obu stron chodzi na rozstawionych nogach, wyrzuca kończynami, zygzakowato odbiega od linji prostej. Równocześnie tułów i głowa wykonują chybocące ruchy. Mamy w tym chodzie połączenie móżdżkowego zaburzenia równowagi, drżenia i chybotania.

W pozycji leżącej stwierdza się paraparezę bardziej nasiloną po stronie prawej, obustronną hypotonję i brak odruchów kolanowych i Achillesowych. Przy ruchach czynnych wyraźnie występuje niezborność i chybotanie. Przy próbie Babińskiego i Oppenheima wszystkie palce zginają się ku grzbietowi stopy. Od stóp do kolan jest obniżenie czucia dotykowego i bólowego oraz zaburzenie czucia położenia. Zaniku bolesności mięśni i pni nerwowych brak. Oddziaływanie elektromotoryczne jest prawidłowe.

Tułów w pozycji siedzącej waha się. Wahania te nasilają się przy oczach zamkniętych. Odruchów brzusznych brak.

Kończyna górna prawa jest nieco słabsza aniżeli lewa. Po obu stronach napięcie mięśniowe jest obniżone. Przy ruchach wyraźne drżenie zamiarowe i zbaczanie przy trafianiu do celu.

W zakresie nerwów czaszkowych stwierdza się szarą tarczę nerwów wzrokowych. Bystrość wzroku na prawem oku 6/60, na lewem 6/20. Przy patrzeniu we wszystkich kierunkach stnieje grubofalisty oczopląs poziomy. Prawy nerw twarzowy jest niedowładny. Słuch jest obustronnie upośledzony. Mowa jest powolna, skandowana.

Psychicznie: upośledzenie inteligencji, nastrój pogodny, samopoczucie dobre.

Odczyn Wassermanna z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego wypadł ujemnie. Nonne-Apelt 1/10 +. Ilość ciałek w 1 mm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego = 3. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w pozycji siedzącej = 21 mm Hg.

W czasie obserwacji stan pacjentki stopniowo się poprawiał. Zaczęła chodzić lepiej, zaburzenia czucia powierzchownego ustąpiły zupełnie. Poprawił się także wzrok (P = 6/36, L = 6/15). W 3 tygodnie po przyjęciu pojawił się lewy odruch kolanowy, oraz przejściowo wystąpił odruch Babińskiego po stronie prawej. Natomiast chora zaczęła się skarżyć na zaburzenia w oddawaniu moczu (imperatywna inkontinencja). Gdy pacjentka 19. VI. 29. opuściła Klinikę mogła już chodzić bez pomocy.

8. VII. 1929. badanie ambulatoryjne stwierdziło dalszą poprawę. W międzyczasie ustąpił mianowicie niedowład prawego nerwu twarzowego, ustąpiły dolegliwości pęcherzowe i chód dalszej uległ poprawie. Pojawił się także prawy odruch kolanowy, który był jednak słabszy aniżeli lewy. Badanie dna oka wykazało jednak po stronie lewej skroniowe zblednięcie tarczy.

Streszczenie:

U osoby uprzednio zawsze zdrowej rozpoczyna się w 10 r. ż. choroba postępująca, w trzech okresach, między któremi istnieją daleko idące zwolnienia. W okresach nasilania się choroby mamy

osłabienie kończyn dolnych wraz z hemiparezą prawostronną, zaburzenia równowagi, parestezje, zrywania, pogorszenie wzroku i przejściowe podwójne widzenie, osłabienie słuchu, bradylalję, zaburzenia pęcherzowe, śmiech przymusowy, zawroty.

W czasie obserwacji poza objawami wymienionemi powyżej stwierdzało się oczopląs, skroniowe zblędnięcie tarczy nerwu wzrokowego, drżenie zamiarowe, brak odruchów brzusznych, hypotonję, ataksję, zaburzenia czucia. Początkowo brak zupełnie odruchów kolanowych i achillesowych. Później pojawiają się oba odruchy kolanowe. Przejściowo występuje odruch Babińskiego. Stan w Klinice znowu znacznej ulega poprawie.

Z powyższego obrazu widzimy, że większość objawów, ich rozsianość, jako i przebieg choroby są typowe dla stwardnienia rozsianego. Zaburzenia czucia głębokiego oraz brak odruchów kolanowych i achillesowych każą nam głównie w sznurach tylnych rdzenia umiejscawiać ogniska swardnienia. Będziemy więc tutaj mieli tabetyczną postać stwardnienia rozsianego.

W Piśmiennictwie neurologicznem poraz pierwszy postać tę opisał Westphal w roku 1879 (Ueber strangförmige Degeneration der Hinterstränge mit gleichzeitiger fleckweiser Degeneration des Rückenmarks 1). Później podobny przypadek ogłosił Charcot jako „variété tabétique". Müller w swojej obszernej monografji z r. 1904 2) bardzo sceptycznie odnosi się do możliwości istnienia tabetycznej postaci i stwierdza, że sam nigdy jej nie widział. Claude i Jacob w roku 1909 w pracy swej p. t. „Sclérose en plaques avec abolition de certains réflexes tendineux et troubles des perceptions stéréognostiques localisés à une main" 3), opisują czasowe znikanie odruchów ścięgnistych w przebiegu stwardnienia rozsianego. Jednak dopiero Oppenheim, który już przedtem w swoim podręczniku (II wydanie z r. 1898 str. 257) wspomina o wyjątkowem podobieństwie objawów stwardnienia rozsianego do wiądu rdzenia, postaci tej większą poświęcił uwagę. Ogłosił on w r. 1910 cztery przypadki 4), które nazwał pseudotabetyczną postacią stwardnienia rozsianego. O przypadku piątym donosi w swej obszernej pracy p. t. „Der Formenreichtum der multiplen Sclerose" 5). W swoim podziale lokalizacyjnym, który tutaj podaje, uwzględnia Oppenheim typ sznurów tylnych, czyli *pseudotabes sclerotica*. W roku 1918 Schreiber 6) opisuje przypadek, gdzie po początkowem wzmożeniu odruchów ścięgnistych w kończynach dolnych przyszło do ich utraty, a po 5 miesiącach odruchy wystąpiły na nowo. W roku 1921 Westphal 7) podaje jeszcze jeden przypadek z brakiem odruchów kolanowych i Achillesowych oraz z obecnością odruchu Babińskiego. W tym samym roku Breitbach (Zur Kenntnis der tabesähnlichen multiplen Sklerose) 8), znajduje na zwłokach rozsiane ogniska przedewszystkiem w sznurach tylnych rdzenia lędźwiowego. W nowszych czasach Bogaert i Rodolphe 9) opublikowali „Type pseudotabétique de la sclerose en plaques. Mort par syndrome de myélite aiguë". Austrogesilo i Costa Rodrigues 10) opisują także przypadek stwardnienia rozsianego z przewagą sznurów tylnych.

Ostatnio na posiedzeniu naukowem Warszawskiego T-wa Neurologicznego Krakowski przedstawił przypadek rzekomo wiądowej postaci stwardnienia rozsianego, a Herman 11), przypadek stwardnienia rozsianego z ruchami mimowolnemi o charakterze pozapiramidowym oraz z porażeniem wiotkiem kończyn dolnych. Rozpoznanie w przypadku Hermana zostało potwierdzone na zwłokach.

Śród wyżej wymienionych przypadków należących do tej niezmiernie rzadkiej postaci stwardnienia rozsianego, przypadek Kliniki krakowskiej dlatego jeszcze zasługuje na szczególne uwzględnienie, że pomimo swej atypowości posiada takie bogactwo typowych dla tej jednostki chorobowej objawów.

Piśmiennictwo.

1) Archiv für Psychiatrie Tom IX. r. 1879. — 2) Die multiple Sclerose des Gehirns u. Rückenmarks. Jena 1904. — 3) Revue Neurologique 1909. Nr. 6. str. 356. — 4) Neurologisches Centralblatt 1910, str. 1119. — 5) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde tom 52, r. 1914. — 6) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde tom 61, r. 1918. — 7) Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, tom 68/69 r. 1921. — 8) Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde tom 72, r. 1921. — 9) Journal de neurologie et de psychiatrie, tom 26, Nr. 1, r. 1926. — 10) Arch. brasil. de neuriatr. e psychiatr. rok VIII. Zeszyt 1/2, r. 1926. — referowano w Zentralblatt Tom 47, Zeszyt 5/6 str. 326. — 11) Neurologja Polska — Tom XII. zeszyt II. r. 1929. Sprawozdanie z posiedzenia Warszaw. Twa Neurolog. z dn. 17. listopada 1928.

Dr. Józef ALEKSIEWICZ. Lwów.

Leczenie złamań kości ramieniowej przy pomocy szyny Slajmer-Liebleina.

Odczyt w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem,

Dotychczasowe sposoby ustalania złamanej kości ramieniowej polegały na stosowaniu dwojakiego rodzaju szyn. Jedne z nich ustalały po stronie zewnętrznej ramienia jak np. szyna kołnierzowa Albersa z gipsu, Hellericha sporządzona z drabinki drucianej Kramera, której zgięcie nad barkiem odstające nieco od ciała służyło do umocowania pętli pod pachą działającej. Przy pomocy tej pętli uzyskiwało się wyciąg ramienia a wraz z niem i górnego odcinka złamania ku górze. Dolny odłamek złamania odciągany był w przeciwnym kierunku, przez przytwierdzenie przedramienia zgiętego pod kątem prostym do dalszego ciągu szyny również pod kątem prostym zgiętej. Siła tego wyciągu uzależnionego od elastyczności materjału szyny nie była wielką.



Ryc. 1. Trójkąt Middeldorpfa w którego części ramieniowej porobiono dwa okna celem opatrywania ran.

Drugi typ szyn ustalających; podtrzymywał ramię od strony wewnętrznej i działał odwodząco na ramię w bok od tułowia. Do tego rodzaju szyn należy znany trójkąt Middeldorpfa (Ryc. 1) wraz z licznemi odmianami jak: szyna Porta, Borschera, Hackera (rycina 2) i innych.



Ryc. 2. Szyna Hackera.

Prócz tego ustalano przy pomocy opatrunków gipsowych okrężnych lub kombinowanych z szynami, które niekiedy zakładano bez wyściółki, na skórę pokrytą jedynie warstwą tłuszczu. (Jüngling, Beyly).

Bardenheuer wprowadził do leczenia złamań kości ramieniowej wyciągi stale działające w rozmaitych kierunkach, na kończynie ułożonej poziomo (chory leży na wznak) lub też na kończynie ustawionej pionowo w górę, z ułożeniem tułowia na boku. Niedogodnością tego sposobu jest leżenie, dlatego też Clark i Hamilton zawieszali wyciąg plastrowy tuż pod łokciem, zgiętym pod kątem prostym, na kończynie ustalonej w temblaku, i w ten sposób umożliwili choremu swobodne poruszanie się.

Hackenbruch (ryc. 3) zastosował znany swój przyrząd-klamrę, którą wgipsowuje w opatrunek, a klamra taka obok ustalenia

może odłamki zbliżyć lub oddalić, stosownie do potrzeby, jest zatem także aparatem wyciągowym. Nie nadaje się do zastosowania szerszego, jakkolwiek dobre oddaje usługi przy należytej kontroli.



Ryc. 3.

Dzięki temu, że na ramieniu nie mamy do czynienia z mięśniami silnemi, że kończyna nie jest obciążoną i zwiesza się tak w pozycji stojącej jak i siedzącej (ciężar kończyny 3 kg 70 g), nie spotykamy przy złamaniu nasunięć odłamków na siebie tak często i w takim stopniu, jak to widzimy na kości udowej. Pozatem złamane odłamki mogą uledz przesunięciu na bok, ustawiają się pod kątem, a wreszcie uledz mogą skręceniu. Ustalenie takiego stanu przez zrost decyduje o sprawności roboczej kończyny, skutkiem czego konieczną jest rzeczą starać się w czasie leczenia nadać złamanym częściom kierunek jak najbardziej zbliżony do normalnego. Najlepiej udane odprowadzenie będzie bez znaczenia, jeżeli go nie utrwalimy opatrunkiem i jeżeli w tem ustaleniu nie stworzymy warunków sprzyjających w ciągu długich dni leczenia — utworzeniu, zachowaniu i utrwaleniu dobrego normalnego położenia.

Jeżeli przy złamaniach zwykłych wystarcza nam jakakolwiek z wymienionych poprzednio szyn, to sprawa przedstawi się zgoła inaczej w czasie leczenia złamań powikłanych ropieniem rozległem a więc najczęściej przy złamaniach postrzałowych. W takich wypadkach musimy nietylko w czasie leczenia przeciwdziałać stanowi zapalnemu przez szerokie nacięcia i odprowadzenie wydzielin z rany, ale także starać się winniśmy przez długi czas leczenia utrzymać odłamki w dobrem, naturalnem położeniu, co przy częstych i rozległych ubytkach i pogruchotaniach nie zawsze się udaje przy zastosowaniu znanych dotąd sposobów ustalania. Przy tego rodzaju złamaniach jedna za drugą z wymienionych poprzednio szyn będzie odrzucaną z powodu niemożności zastosowania w praktyce. Szyna idealna musi stale przylegać i ustalać. Nie jest do pomyślenia jej odejmywanie w czasie częstych zmian opatrunków, przemywań płynem Dakina, otwartem leczeniu i t. p.

W nauce o złamaniach ustalono pewien schemat przemieszczeń odłamków, a znajomość tych typów jest konieczną celem tem skuteczniejszego przeciwdziałania złemu ustawianiu się odłamków.

Zanim zatem przejdziemy do omówienia sposobu ustalenia podanego przez Liebleina i Slajmera, przypomnę główne typy złamań kości ramieniowej. Wyniki jakie osiągnąłem w usuwaniu tych typowych przemieszczeń odłamków, będą probierzem wartości tego nowego sposobu ustalania złamań kości ramieniowej.

Rozróżniamy:

A) Złamania w części górnej kości ramieniowej.

1) *W szyjce anatomicznej* złamania są rzadkie. Oderwanie się główki (chrząstki nasadowej) od podstawy, może być powodem zaburzeń w odżywianiu się części oderwanej przez odcięcie naczyń krwionośnych.

2) *W okolicy szyjki chirurgicznej.*

3) *Odłamanie wyrostków.*

4) *Złamanie poprzeczne lub skośne,* którego linia złomu biegnie przez wyrostki.

Przesunięcie odłamków przy złamaniu w szyjce anatomicznej kości może być nieznacznego stopnia lub tak znaczne, że powierzchnia złomu patrzy do panewki. W innym wypadku zdarzają się wklinowania odłamanej części pomiędzy rozszczepioną dolną część lub wyrostki. Złamania w szyjce chirurgicznej i poprzeczne w okolicy wyrostków okazują skłonność do przesunięć w kierunku do wewnątrz lub na zewnątrz odłamka dolnego, w następstwie czego kończyna ustawia się w pozycji przywodzącej lub odwodzącej. Celem wyrównania tego ustawienia koniecznym jest wyciąg, podparcie od strony pachy i odwiedzenie kończyny w bok.

Odosobnione złamanie (wyrwania) wyrostków (zwykle zdarzają się przy zwichnięciach równoczesnych w stawie barkowym) dzięki działaniu przyczepów mięśniowych do nich przytwierdzonych, wykazują skłonność do odstawania. Poprawa odstawania możliwa, przez ucisk w kierunku do kości.

B) Złamania w części środkowej kości (Złamania trzonu).

Linia złomu przebiega rzadko poprzecznie, najczęściej spotykamy złamania skośne i tak: przy zadziałaniu siły wyginającej kość jak i siły skręcającej wprost lub pośrednio. Küttner n. p. opisał takie złamania skośne powstałe przy rzucie ręcznym granatem skutkiem silnego skrętu kończyny na zewnątrz.

Nadmienić należy, że przy złamaniach postrzałowych z średniej lub wielkiej odległości powstają dłuższe i grubsze odszczepy kostne trzymające się w całości przez okostnowy szlauch, który zapobiega i chroni przed przemieszczeniem odłamków. Jeżeli ranny po postrzale nie upadł i w ten sposób urazem wtórnym nie rozbił i nie porozmieszczał odłamków, będziemy mieli na obrazie roentgenowskim utrzymaną kość w całości z widocznymi rysami pęknięcia (ryc. 30). W takich wypadkach okostna trzyma odłamki silnie razem, przemieszczeń zupełnie niema lub są nieznacznego stopnia. Dopiero z chwilą zniszczenia tej naturalnej zapory przez ropienie występuje przemieszczenie odłamków tembardziej, jeżeli ustalenie było wadliwem czy niedostatecznem.

C) Złamania w dolnej części łokciowej.

1) *Złamania bez uszkodzenia stawu.*

Złamania poprzeczne ponad kłykciami, które za Kocherem dzielimy na złamanie skutkiem nadmiernego wyprostowania, jeżeli odłamek górny przemieszczony jest ku przodowi, lub skutkiem nadmiernego zgięcia, jeżeli odłamek ten przemieszczony jest ku tyłowi.

Mięśnie dwugłowy i ramieniowy wewnętrzny a od tyłu trójgłowy ustalają przemieszczenie odłamków i są przyczyną nawet nasunięcia ich na siebie choć nasunięcie to nie jest duże.

2) *Złamania wewnątrz stawowe.*

Rozróżniamy tu odłamania poprzeczne właściwych wyrostków *(processus artic)*, złamania skośne kłykcia wewnętrznego i zewnętrznego a wreszcie złamania nadkłykci *(epicondylus)*.

Przy zranieniach postrzałowych dolnej części kości ramieniowej spotykamy bardzo często obrażenia stawu łokciowego już choćby dlatego, że przy złamaniu powstają długie szczeliny łączące staw z odległem nieraz o kilka cent. miejscem uderzenia pocisku. Obrażenia takie o ile nastąpi ropienie przez istniejące szczeliny wywołują następowe zakażenie stawu wikłając w ten sposób gojenie.

Odprowadzenie złamań poprzecznych ponad stawem, polegać będzie na wyciągu i nacisku na wystający odłamek w kierunku naturalnego położenia. Należy takie udałe naprowadzenie ustalić, w przeciwnym razie działać zaczną wymienione mięśnie z powrotem i w rezultacie skrzywienie pozostanie.

* * *

Dzięki aseptyce i dokładnej kontroli przy pomocy Roentgena możemy zająć stanowisko wyczekujące w wielkiej ilości złamań postrzałowych, za wyjątkiem takich przypadków, w których nastąpiło zmiażdżenie, uszkodzenie naczyń, wystąpienie zakażenia gazowego przebiegającego z wielką gwałtownością, tężca, ran rozległych i t. p. Pozatem niewiele znajdujemy wskazań do interwencji chirurgicznej przy złamaniach postrzałowych t. zw. aseptycznych. Głównym celem jest uzyskanie zrostu i to w położeniu odłamków jak najbardziej do normy zbliżonego, a temsamem zapewnienie kończynie zdolności czynnościowej, kończynie, która u przeważnej liczby ludzi fizycznie pracujących jest żywicielką rodziny!

W leczeniu naprowadzonych tu poprzednio form złamań kości ramieniowej wielkiem udogodnieniem okazała się szyna

Slajmer - Liebleina, z którą zapoznałem się w czasie pracy wojskowej.

Od opatrunku jaki zakładamy przy złamaniach na kości ramieniowe wymagamy zawsze; a tembardziej w przypadkach ciężkich, powikłanych, aby:

1) Ustalał bezwzględnie i pewnie we wszystkich pozycjach, jakie chory chodząc, stojąc czy leżąc, przybiera.

2) Unieruchamiał dwa sąsiednie stawy.

3) Aby niebył dla chorego przykrym, nie sprawiał bolów, nie uciskał.

4) Opatrunek powinien być tak skonstruowanym, aby dawał możność przeglądu całej kończyny w razie potrzeby bez zdejmywania go, a temsamem zmiany położenia odłamków.

5) Powinien dozwalać na opatrywanie rozległych nieraz ran oraz na robienie zdjęć kontrolnych roentgenowskich.

6) Opatrunek powinien mieć wyciąg przy pomocy którego jesteśmy w możności wyrównać przemieszczenie odłamków i zapobiedz ich nawrotowi. J e d y n i e w y c i ą g n a d a j e p r o s t y k i e r u n e k o d ł a m k o m, a d z i a ł a j ą c s t a l e, u s t a l a j e w n a l e ż y t e j o s i, zapobiega ruchowi odłamków, przezco znosi ból, i ogranicza urazy wewnętrzne.

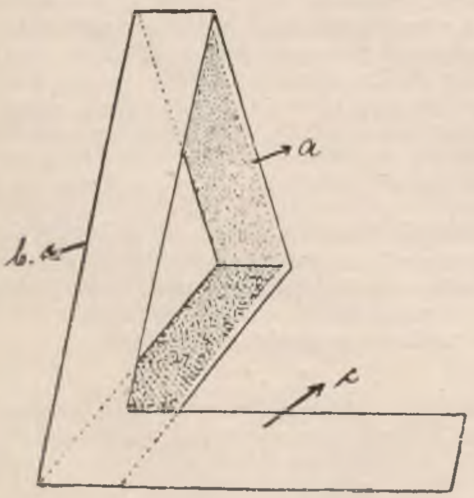
7) Opatrunek powinien dać możność choremu i przy najcięższych formach złamań swobodnego poruszania się i wyzwolić z konieczności leżenia.

8) W końcu opatrunek ustalający winien utrzymywać kończynę przez cały czas leczenia w pozycji odwiedzionej od 50 do 90 stopni, przezco zapobiega zesztywnieniom w stawie barkowym i niedopuszcza do skurczenia torebki stawowej.

Z autorem szyny o której mowa profesorem niem. uniw. w Pradze czeskiej, miałem zaszczyt pracować jako szef oddziału drugiego w szpitalu Szkoły Przemysłowej we Lwowie w latach 1916—17—18. Często korzystałem z Jego cennych rad i wskazówek, których nigdy nie odmawiał. Niech mi wolno będzie dziś jeszcze podziękować Mu za Jego życzliwość opisem Jego szyny, która szeroko i w Polsce całej jest znaną na razie bezimiennie, bowiem wiele tych opatrunków rozeszło się w latach 1918 do 1920 z moich oddziałów ze szpitala na „Technice" Czerwonego Krzyża i Domu Inwalidów we Lwowie.

Punktem wyjścia myśli Liebleina była szyna Middeldorpfa, której zalety kryły się najbardziej z wymaganiami stawianemi dobremu ustaleniu.

Wyciąg w szynie Middeldorpfa przychodzi do skutku przez to, że bok górny, na którym spoczywa ramię robimy dłuższym, aniżeli odległość od pachy do przegubu łokciowego, a przezto w łokciu uzyskuje się rodzaj podpory dla dźwigni, którą w tym wypadku staje się przedramię kończyny złamanej. Przez ten manewr powstawał ucisk właśnie w miejscu podparcia tj. w przegubie łokciowym, wywoływał ból a co gorsza i obrzęki przedramienia i ręki po stronie grzbietowej wyraźnie widoczne (Ryc. 1), w następstwie czego zesztywnienia palców i ręki. Szyna powodowała



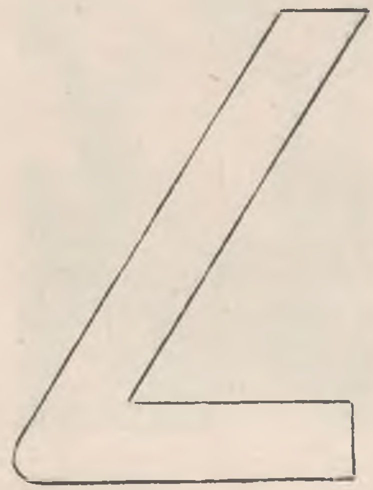
Ryc. 4. a) oparcie na boku pachowym klatki piersiowej — b) podpora dla ramienia złamanego — c) podpora dla przedramienia.

dalej skręt odłamka dolnego złamanego ramienia o 90 stopni ku środkowi. Aby uniknąć tych wad Slajmer z kliniki Wölflera w Gracu dodał do trójkąta Mid. deseczkę długości przedramienia w tem miejscu trójkąta, w którym styka się bok górny (zewnętrzny) z bokiem dolnym służącym dla oparcia przedramienia. (Ryc. 4 c).

Poprzeczka ta miała kierunek prostopadły do boków trójkąta, a całość szyny wykrojoną była z grubej tektury. (Ryc. 4 i 5).

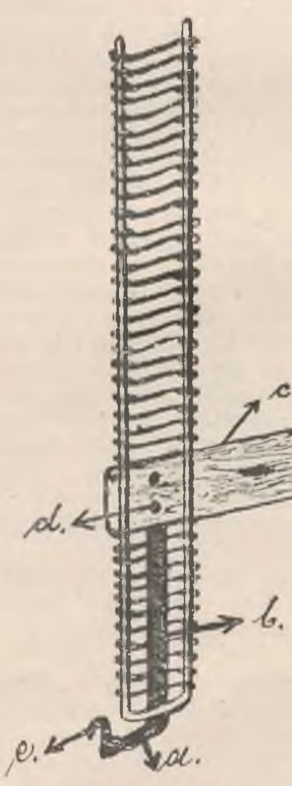
Taka szyna mimo wszystko nie nadawała się do potrzeb jakie narzuciły wypadki wojenne, najważniejszą wadą był materjał łatwo zamakający. To też prof. Lieblein zmodyfikował cały aparat w sposób prosty i pomysłowy.

Pierwsze szyny założył w szpitalu polowym w Zborowie, dawnej Galicji w którem to miasteczku pracował jako szef szpitala polowego b. armji austrjackiej. Całą szynę wykonał z wy-



Ryc. 5. Szyna wykrojona z tektury przed zgięciem.

trzymałych na wilgoć drabinek Kramera. Szczegół ten ma wartość ze względu na ciekanie wydzielin przy ropieniach, skutkiem czego niszczyło się całe rusztowanie podtrzymujące. Przedramię tak samo jak u Slajmera opiera na prostopadle do boku górnego silnie doczepionej deszczułce (ryc. 6. c.); na której spoczywać ma przedramię zgięte pod kątem prostym. W takiem ustaleniu niemoże być mowy o skręceniu do wewnątrz ani na zewnątrz odłamka dolnego złamanej kości. Bok górny trójkąta, na którym



Ryc. 6. Szyna Liebleina wykonana z drabinek Kramera przed jej zgięciem dostosowanem do boku klatki piersiowej i ramienia.

spoczywa złamane ramię uzyskuje u Liebleina przedłużenie w kierunku od łokcia w dół i w bok przez przymocowanie sztaby żelaznej (ryc. 6. b.) długości 30—40 cent. zakończonej na końcu wystającym zagiętym hakiem (ryc. 6. aa, e). Do tego haka przymocowuje się następnie wyciąg, który regulowany jest nie ciężarem, lecz elastyczną napiętą i skręconą gumą (dren), (ryc. 7, 17,

33 i 34). Szynę Kramera wyginamy tak, aby strona wklęsła poprzeczek drucianych zwróconą była do ciała, a więc do klatki piersiowej i do strony wewnętrznej ramienia. Kąt trójkąta przez wygięcie drabinki powstałego, zwrócony ku pasze, zależny jest od długości boku trójkąta łączącego część piersiową z częścią ramieniową. Robimy go tak długim, aby odwieść ramię jak najbardziej od tułowia t. j. od 50 do 90 stopni.



Ryc. 7. Założony opatrunek Liebleina z wyciągiem plastrowym. Żołnierz austrjacki 1917. Szpital „Szkoła Przemysłowa" Lwów.

Przez tego rodzaju odwodzenie ramienia zapobiegamy przykurczom torebki, a po zagojeniu złamania odrazu uzyskujemy przez to dużą exkursję ruchu w stawie barkowym. Bok trójkata zwrócony ku klatce piersiowej i opierający się o nią nauczyłem się robić tak długim, aby koniec opierał się na grzebieniu kości biodrowej. Uzyskiwałem przez to nie tylko silniejsze oparcie, ale także i to, że koniec trójkąta nie wciskał się w podżebrze w linji pachowej i cały opatrunek uzyskiwał większe oparcie, skutkiem czego nie przesuwał się raz ku tyłowi to znów ku przodowi. Po uczynionem odprowadzeniu, czy też jeżeli konieczność tego wymaga po rewizji rany na kończynie złamanej, zakładamy wyciąg plastrowy lub gwoździowy Steinmanna. Kierowałem się przy wyborze rodzaju wyciągu zawsze istnieniem rany, jej umiepscowieniem, rozległością. Przy złamaniach w sąsiedztwie stawu łokciowego punkt zaczepienia wyciągu gwoździowego najlepiej umocować na kości łokciowej, tak samo w razie istnienia dużych ran na dolnej części ramienia, które uniemożliwiają stosowanie przylepca, a wyciąg koniecznie założyć trzeba, bo złamanie sięga głęboko w dół i pogruchotanie kości jest znaczne.



Ryc. 8. Grupa przyjaciół i byłych wrogów z 1918. Ranna kobieta-żołnierz. Szpital „Technika" z r. 1918 walki o Lwów.

Następnie całą kończynę i całą klatkę piersiową wraz z barkiem po stronie chorej okładamy watą, którą przytwierdzamy opaską miękką, a następnie przykładamy szynę również dobrze watą wyścieloną. Przy układaniu kończyny na szynie wciskamy kąt pachowy szyny głęboko w kierunku ku pasze. Po skontrolowaniu należytego ustawienia osi kończyny, odwiedzeniu w stawie barkowym, wyprostowaniu ewentualnych zagięć; przymocowujemy cały aparat opaskami krochmalnemi lub gipsowemi do tułowia a kończynę do szyny aż do łokcia.

Przedramię od łokcia do stawu nadgarstkowego przymocowuje się zwykłą opaską, którą zdjąć można łatwo każdej chwili aby mógł wykonać ruchy przedramieniem w stawie łokciowym. W końcu uzupełniamy cały aparat załączając wyciąg t. j. kawałek



Ryc. 9. Zranienie twarzy, głowy i złamanie kości ramieniowej Szpital „Technika" z czasu walk o Lwów, r. 1918. Szyna ta jest bez wyciągu.

elastycznego drenu gumowego związanego końcami (ryc. 7, 33, 47). Jeden koniec powstałego w taki sposób kółka przyczepiamy do deski wyciągowej plastru lub też do klamerki Steinmanna, a drugi koniec do haka na szynie opatrunku. Ryciny najlepiej zorjentują w tym względzie.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław ŚWIERCZEWSKI, Warszawa.
zarządzający oddziałem.

X. Sprawozdanie z działalności oddziału obserwacyjnego szpitala Dzieciątka Jezus w roku 1928 *).

W roku sprawozdawczym przyjęto chorych z miasta 326 (170 m. i 156 k.). Z oddziałów szpitalnych dostarczono chorych 34 (6 m. i 28 k.) podejrzanych o choroby zakaźne. Pozostało z roku ubiegłego na oddziale 8 chorych. Razem leczono 368 chorych (180 m. i 188 k.), którzy przebyli ogółem 2973 dni szpitalnych. Przeciętna liczba chorych na oddziale wynosiła dziennie 8, najmniejsza 1, największa 15. (Łóżek etatowych na oddziale 12).

Z ogólnej liczby przypadki zakaźne stanowiły 203 (92 m. i 111 k.). Najwięcej przypadków dostarczyła grypa: 75 (40 m. i 35 k.), zapalenie gardła: 42 (9 m. i 33 k.), dur brzuszny: 40 (17 m. i 23 k.), gruźlica: 18 (15 m. i 3 k.), zapalenie opon mózgowych: 8 (5 m. i 3 k.), kiła: 4 (2 m. i 2 k.), ogólne zakażenie: 4 k., malarja: 3 (2 m. i 1 k.), róża: 3 (2 m. i 1 k.), czerwonka, włośnica, świnka, ospa wietrzna, kur, śpiączka epidemiczna i odra po 1 przypadku.

Przypadków niezakaźnych było 165 (88 m. i 77 k.).

Z tego zapaleń płuc: 44 (29 m. i 15 k.), zaburzeń przewodu pokarmowego: 20 (11 m. i 9 k.), reumatyzmu stawowego 13 (4 m. i 9 k.), zapaleń ołucnej: 11 (7 m. i 4 k.), zapaleń pęcherza i miedniczek nerkowych 11 k., ropni: 10 (9 m. i 1 k.), nieżytów oskrzeli: 7 (5 m. i 2 k.), wady serca: 5 (1 m. i 4 k.), zapaleń wyrostka robaczkowego: 5 (1 m. i 4 k.), paranefrytów, zapaleń ucha środkowego, żył i naczyń chłonnych, otruć samobójczych, uwiądu starczego, histerji po 3 przypadki; ciąży, zapalenia otrzewnej, zatru-

*) Poprzednie sprawozdania patrz P. G. L. 1920 Nr. 4, 1921 — 3, 1922 — 20, 1923 — 14, 1925 — 11, 1926 — 8, 1927 — 37, 1929 — 7.

cia pokarmowego, zapalenia osierdzia po 2 przypadki, wreszcie po 1 przypadku: niedomogi serca, zapalenia jajników, choroby posurowiczej, raka żołądka, wylewu krwawego do mózgu i porażenia piorunem.

Do szpitali dla zakaźnych przewieziono 31 chorych (10 m. i 21 k.), przepisano na inne oddziały szpitalne 68 (27 m. i 41 k), wyleczonych lub z poprawą wypisano 238 (126 m. i 112 k.).

Zmarło przed upływem 24 godzin od chwili przybycia na oddział 6 chorych (2 m. i 4 k.), po 24 godzinach 18 (11 m. i 7 k.).

Badań chemiczno-bakterjologicznych w pracowni centralnej szpitala wykonano 356. Z tego Widala 130, na dury rzekome 26, Weil-Feliksa 3, morfologji krwi 110, Wassermanna 40, płynów mózgowo-rdzeniowych 5 i płynu z opłucnej 5. Pozatem w pracowni podręcznej na oddziale wykonano bardzo dużo badań moczu, plwociny i krwi.

Duży odsetek chorych niezakaźnych stanowili ciężko chorzy, którzy ze względu na ich stan musieli być przyjęci do szpitala, a z powodu braku miejsca na oddziałach szpitalnych, dostawali się na oddział obserwacyjny. Chorzy tacy stanowili poważny balast oddziału, gdyż z powodu przepełnienia szpitala, zwłaszcza w okresie zimowym, nie mogli być zaraz po ustaleniu właściwego rozpoznania przenoszeni na inne oddziały szpitalne. Dużą trudność stanowiło odseparowanie takich chorych od chorych podejrzanych o choroby zakaźne, wobec szczupłości pomieszczenia.

Największą trudność napotykał oddział obserwacyjny przy umieszczaniu chroników, nadających się raczej do odpowiednich schronisk niż do leczenia szpitalnego. Tyczy się to głównie kobiet, dla których stale brak jest miejsca w przytułkach.

Praca na naszym oddziale obserwacyjnym jest wyjątkowo trudna, bo, jak to już zaznaczono w poprzednich sprawozdaniach, oddział ten uważany od lat dziesięciu (!) za tymczasowy, posiada wiele braków, których radykalnie usunąć się nie daje, jak szczupłość pomieszczenia, zły rozkład sal dla chorych, niewygodne schody, brak wody bieżącej i gazu w gabinecie lekarskim. Istnieje wprawdzie projekt odpowiedniego oddziału obserwacyjnego, ale urzeczywistnienie tego projektu rozbija się o brak funduszów na inwestycje. Nie można jednak zaniechać dążeń do wybudowania odpowiedniego oddziału, gdyż oddział obserwacyjny w dużym szpitalu jest koniecznie potrzebny. Dotychczasowa praktyka wykazała, że nawet ten mały i daleki od doskonałości oddział, oddaje dobre usługi szpitalowi. Corocznie „wyławia" on, że się tak wyrazimy, dość znaczną liczbę chorych z wątpliwem rozpoznaniem w pokoju przyjęć, u których po bliższem badaniu wykrywa się jakaś choroba zakaźna, którą należy skierować do odpowiedniego szpitala.

U innych znów chorych, podejrzanych o chorobę zakaźną, ściślejsze badania i obserwacja pozwalały usunąć te podejrzenia i skierować chorych na oddziały zwyczajne lub wypisywać do domu. Pewna liczba chorych z innych oddziałów szpitalnych, w razie zjawienia się nagle objawów, każących podejrzewać chorobę zakaźną, bywa przenoszona do oddziału obserwacyjnego w celu bliższej obserwacji.

W chwilach niezwykłego przepełnienia szpitala oddział obserwacyjny bywał nieraz ostatnią ucieczką dla chorych ciężkich, których nie można było nie przyjąć do szpitala. 6 takich chorych zmarło przed upływem 24 godzin od chwili przybycia, 18 chorych po 24 godzinach.

Troską naszą największą jest obawa wzajemnego zarażenia się chorych wskutek braku ścisłej izolacji. Czynione są pod tym względem mozolne wysiłki, aby tego uniknąć (jaknajszybsze usuwanie chorych po ustaleniu rozpoznania, dezynfekcja pościeli i bielizny, utrzymywanie oddziału w jaknajwiększej czystości, przewietrzanie sal, zakaz odwiedzania chorych przez publiczność, specjalnie wyszkolona służba oddziałowa i t. p.).

Przenoszenie zarażeń dotychczas należało u nas do wyjątków. Bronimy więc tymczasem tej placówki, nie tracąc nadziei, że doczeka się ona lepszej przyszłości.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za rok 1925 (rok 50-ty) i 1926 (rok 51-y), wydany nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Warszawa 1929, str. 622 i 646.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie snuje dalej nić pięknej tradycji, uważając za swój obowiązek uzupełnienie braków powojennych „Przeglądu piśmiennictwa", i wydaje obecnie 2 nowe roczniki. Po ostatnim tomie, który wyszedł w roku zeszłym, a który obejmował lata 1917 — 1921, obecnie ukazały się dwa nowe tomy, obejmujące lata 1925 i 1926. Za lata 1922 — 1924 widocznie Towarzystwo przygotowuje już także materjał. Jest też podobno już w druku tom, który uzupełni luki ostatniego tomu 1917 — 1921. Tym sposobem ciągłość byłaby zapewniona i najwidoczniej Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zamierza obecnie wejść na drogę systematycznego wydawania roczników „Przeglądu". Jest to niewątpliwie wielka zasługa Towarzystwa, że w dzisiejszych ciężkich warunkach wydawniczych bierze na siebie wielki trud, nie mając żadnej pomocy ze strony licznych towarzystw lekarskich polskich, do których — jak słychać — o tę współpracę nawet się zwracało. Wielkie i piękne dzieło, jakie mamy przed sobą i jakie ma być prowadzone dalej, nakłada też na nas obowiązek sumiennej oceny zarówno całości, jak i szczegółów. Wobec pięknych zamiarów Towarzystwa na przyszłość i spodziewanych dalszych tomów wypada też omówić całość wydawnictwa. Upoważnia mnie do tego — jak sądzę — z jednej strony katedra historji medycyny, najbliższa wszelkiej bibljografji i wydawnictw pokrewnych, z drugiej zaś obowiązek, jaki wziąłem na siebie, pisząc w Nrze 10 r. 1929 recenzję o ostatnim wydanym tomie 1917 — 1921. Ale muszę zacząć, żeby uzasadnić niektóre myśli, jakie się obecnie nasuwają, od samego początku istnienia wydawnictwa.

Krakowski Zakład historji medycyny posiada komplet wydawnictwa, począwszy od pierwszych 10-ciu tomików jeszcze formatu 16-tki, wydawanych wtedy staraniem i nakładem Dr. Jakóba Rogowicza, niegdyś zasłużonego lekarza i ginekologa warszawskiego, jako „Rocznik medycyny polskiej". O celu tego wydawnictwa czytamy w przedmowie do I tomika następujące słowa samego Rogowicza: „Dział ten... ma przedstawiać dokładny obraz działalności piśmienniczej naszych lekarzy, a to w postaci treściwych sprawozdań o tem, co w ciągu ubiegłego roku drukiem przez nich ogłoszonem zostało. Przez dokładny obraz ruchu umysłowego lekarzy polskich nie należy jednak rozumieć wszystkiego, co oni piszą i drukują, lecz te tylko ich prace, które mają znaczenie jużto czysto teoretyczne, już też naukowo-praktyczne, a tak jedne, jak drugie w ścisłym związku z wiedzą lekarską zostają". Dalej Rogowicz bardziej szczegółowo wymienia, czego nie będzie drukował. Dzieła oryginalne o tyle będą uwzględnione, o ile ich autorowie lub wydawcy takowe w czasie właściwym na użytek redakcji „Medycyny", (którą redagował wówczas Rogowicz), nadesłali. Inne mają być tylko wspomniane w Bibljografji na końcu rocznika. „Pomimo usilnego starania się, aby żadna praca w języku polskim w ciągu roku ogłoszona, a w zakres wyrażonych zastrzeżeń nie wchodząca, pominiętą nie została, nie pochlebiamy jednak sobie, aby bezwzględnie wszystkie w nim się znalazły... Z tego powodu prosimy czytelników o zawiadomienie o dostrzeżonych przez nich niedokładnościach, które w roku następnym najchętniej sprostujemy lub uzupełnimy"... i t. d.

Tak pisał Rogowicz w r. 1879. Według jego pomysłu i programu „Rocznik medycyny polskiej" wychodził w Warszawie 10 lat, ale — o ile można wnosić z tego, co było drukowane — nie bez trudności cenzuralnych. Oto w roku 1884 rocznik wychodzi w tym samym układzie, jak dotąd, ale pod zmienioną nieco nazwą, mianowicie, jako „Rocznik medycyny k r a j o w e j". My jeszcze pamiętamy co to znaczyło. Oto wyraz „polskiej" raził oczy wschodniego zaborcy i ciemiężyciela i cenzor pozwolił wydawać „Rocznik", ale bez imienia polskiego. Trudno! Rogowicz się zastosował. Dwa lata tak wytrzymywał bez imienia Polski. Ale w roku 1886 już nie wytrzymał. Wydał „Rocznik medycyny krajowej", ale nieznacznie wsunął u dołu karty tytułowej dopisek „Przegląd roczny piśmiennictwa polskiego". Cenzor-stupajka nie zauważył i — tak zostało. Oto jest geneza tytułu wydawnictwa, utrzymującego się po dziś dzień.

Pomysł wydawnictwa był trafny i piękny. „Bądź co bądź — pisze Rogowicz w innem miejscu przedmowy — przegląd nasz będzie o wiele pod każdym względem dokładniejszym od wszelkich sprawozdań o naszem piśmiennictwie, w niektórych czasopismach niemieckich od niedawnego czasu zamieszczanych". Chodziło o zaznaczenie, że Polska żyje i naukowo pracuje. Ale niewiele było materjału w tych rocznikach, a malutką książeczkę można było włożyć do bocznej kieszeni, ażeby ją w wolnej chwili „przeglądać" (stąd „Przegląd").

W r. 1889 — jak się zdaje (nie prowadzę tutaj badań historycznych, lecz opieram się jedynie na tem, co jest w rocznikach) — „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego" przechodzi w ręce Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i wychodzi w jego „Pamiętniku" jako rok XI. Odtąd mamy inny format, 8-kę, która się utrzymuje do dziś dnia. Ale układ i duch został ten sam — duch przedmowy Rogowicza.

Nie pisałbym tego wszystkiego, gdyby się nie wyczuwało, że osoby, pracujące w wydawnictwie „Przeglądu piśmiennictwa", niem kierujące, albo stające w obronie wydawnictwa i atakujące moją ostatnią recenzję, jako zbyt ostrą, że te wszystkie osoby znają przedmowę Rogowicza i uważają ją niejako za testament, testament nienaruszalny, z którego nie wolno uronić nic, ani jednej myśli. Martyrologja Polski, wykreślonej z dwóch tomików, dodaje uczuciowego zabarwienia interpretacji przedmowy Rogowicza.

Przedmowa ta wiele rzeczy zapowiada: „Przegląd" będzie podawał streszczenia, ale nie musi być zupełny; redakcji wolno wybierać; a kto się czuje dotknięty, może redakcji zwrócić uwagę na niedokładność i redakcja to uzupełni; dzieła oryginalne będą uwzględnione, jeżeli będą redakcji nadesłane i t. d. Przedmowa Rogowicza jest bardzo wygodna dla tych, którzy chcą usprawiedliwić wszelkie niedokładności późniejszych „Przeglądów". Pytanie jednak, czy przedmowa Rogowicza dziś jeszcze obowiązuje i czy może obowiązywać? Chyba ideologja pracy w Polsce była odmienna 50 lat temu, niż jest dzisiaj.

Następne lata „Przeglądu" szły w różnym kierunku, zależnie od osobistego wyrobienia naukowego poszczególnych redaktorów. Sposób redagowania nie był bynajmniej jednolity. Bywały pomysły i wykonania dobre i złe. W każdym razie niewątpliwie wszystko ciągle dążyło do coraz większej dokładności i do powiększania ilości pozycyj referowanych. Z 246 pozycyj referowanych w r. 1887, „Przegląd" dochodzi do 1166 pozycyj w r. 1900. Sam fakt numerowania pozycyj świadczy o chęci powiększania ich liczby i osiągnięcia możliwej zupełności bibljograficznej. Najlepiej się przedstawia „Przegląd" za redakcji Władysława Janowskiego, który w r. 1897 w przedmowie zapowiada liczne ulepszenia, zwłaszcza w zakresie orjentacji. Oczywiście, orjentowanie się w dużym materjale zapomocą dobrych skorowidzów jest w tego rodzaju wydawnictwach rzeczą podstawową, często bowiem czytelnik zaczyna od skorowidza, a nie od „przeglądania" stronica za stronicą, (choć to jest dotąd „Przegląd"!). Słowem, wszystko zmierzało do tego, żeby „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego" stał się równocześnie polską bibljografją lekarską, opartą na zasadach zupełności, dokładności i przejrzystości, i faktycznie w nauce polskiej powszechnie uważano „Przegląd piśmiennictwa" za jedyną polską bibljografję lekarską.

Do tych zasad, występujących wyraźnie w „Przeglądzie" za redakcji tak wytrawnego pracownika, jakim był Władysław Janowski, należy jak sądzę, jak najrychlej powrócić. Dziś zwłaszcza gdy mamy w Warszawie własny uniwersytet, sprawa ta powinnaby być łatwiejszą, niż pod zaborem rosyjskim. Liczne nauki mają w Polsce dzisiaj własne bibljografje, jak nauki historyczne, filozoficzne i in. Bibljografja lekarska polska jest tak potrzebna, że gdy w r. 1925 niewiadomo było, czy i kiedy Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wznowi wydawnictwo „Przeglądu", powstała w Warszawie osobna „Polska Bibljografja Lekarska" pod redakcją kapitana Konopki. Oczywiście „Przegląd", podający streszczenia, jest bez porównania lepszy niż sucha bibljografja. „Przegląd" mając półwiekową tradycję, jest popierany i będzie popierany, ale wzamian za to powinien odpowiadać potrzebom czytelnika. Wszak „Przegląd" był już prawie bibljografją, jeszcze krok dalej, tylko wykończyć to, co się zacznie, i — dopilnować, a będzie i „Przegląd" i bibljografja razem w jednej osobie na wieczną chwałę medycyny polskiej i ku niespożytej zasłudze Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Po tym wstępie który się z konieczności nasunął pod pióro, przechodzę do oceny wydanych tomów za r. 1925 i 1926. Niestety, wykończenie tych tomów pozostawia sporo do życzenia. Gdy się przegląda tomy strona za stroną, można bardzo dużo skorzystać i każdy czytelnik, zwłaszcza lekarz na prowincji z przyjemnością stwierdzi, że się w Polsce jednak dość dużo robi. Ale pilniejszemu czytelnikowi nasunie się odrazu niejedna uwaga krytyczna co do układu, formy, porządku i t. p. Nasamprzód odrazu w r. 1925 na pierwszych stronicach uderzy to, że „Przegląd" zawiera mało streszczeń, poprzestając bardzo często na podaniu tylko tytułów prac i miejsca druku. A więc mamy tak, jak w bibljografji! Pocóż się więc bronić, że „Przegląd piśmiennictwa", to nie bibljografja? Można było tę bibljografję nawet nieco ścieśnić na stronie, a przez to nakład kosztowałby mniej.

Układ prac w poszczególnych działach jest abecadłowy według nazwisk autorów. Dlaczego abecadłowy? W dawnych latach niezawsze był abecadłowy (np. w r. 1889, 1891), choć nieraz rzeczywiście tak było. Układ abecadłowy niema uzasadnienia, bo wszak abecadłowe są skorowidze na końcu tomu. Jeżeli układ całości tomu robiony jest według działów i poddziałów, to znaczy według treści, to i w obrębie każdego działu układ powinien się trzymać treści. Nie będzie wtedy np. w dziale chorób wenerycznych ciągłego skakania od kiły do rzeżączki i z powrotem. Przecież daleko lepiej byłoby np. w r. 1926 dać najprzód pracę Kostaneckiego o wyrostku robaczkowym (pozycja 20), a zaraz potem uwagi polemiczne Brewicza (poz. 1), a nie rozstawiać jedną i tę samą treść na różnych stronach. Albo po pracy Marczewskiego o durze brzusznym (1926 poz. 336) można było zaraz umieścić uwagi krytyczne Motyki o tej pracy (1926 poz. 340) i t. d. Wtedy przeglądanie „Przeglądu" byłoby łatwiejsze i korzystniejsze, a pod względem nakładu czasu bardziej ekonomiczne. Oczywiście, układ według treści niezawsze da się ściśle przeprowadzić, ale też żadna ścisłość daleko idąca nie jest tu potrzebna. Co się da, według treści, a reszta — jak bądź. Zawsze to będzie daleko lepsze, niż układ abecadłowy.

Paginacja t. zw. żywa, t. j. podawanie u góry każdej strony nagłówków tego, o czem jest na danej stronie mowa, jest rzeczą bardzo pożyteczną. Ale poco od początku do końca na każdej parzystej stronie powtarzać „przegląd piśmiennictwa lekarskiego". Czy może kto kiedy mieć wątpliwość, że to jest co innego? Natomiast słusznem jest powtarzanie nagłówków działów. Tylko dodałbym tu jeszcze zawsze i Nr. działu, do którego referenci w tekście tak często odsyłają czytelnika. To powinno być na stronach parzystych. Na stronach zaś nieparzystych lepiej byłoby podać tytuły poddziałów (a jeśli ich niema, to tytuły działów), a w dziale „Posiedzeń szpitalnych i Towarzystw lekarskich" nazwę towarzystwa, o którem mowa, z odnośnym jego numerem porządkowym.

Dla ekonomji czasu czytelnika zapewne wydawca polecił introligatorowi po zbroszurowaniu obciąć bok i spód. Zupełnie słusznie. Ale dlaczego nie obcięto góry? Tej drobnej uwagi, choć się wciąż nasuwa, ile razy muszę sięgać po nóż, nawetbym nie robił, gdyby nie to, że przeoczenie powtarza się w każdym tomie.

Na pytanie, czy „Przegląd piśmiennictwa" za lata 1925 i 1926 podał cały drukowany w tym czasie materjał odpowiedzieć trzeba, że redakcja mogła mieć, opracowując te lata, o tyle ułatwione zadanie, że mamy wydane 2 tomiki „Polskiej Bibljografji Lekarskiej" Konopki za lata 1925/26 i 1926/27. A jednak nawet nie wszystko, co jest u Konopki, dostało się do „Przeglądu". Oto kilka prac (znalezionych bez trudu), które są u Konopki, a niema w „Przeglądzie".

1) Mikułowski Włodzimierz: O higjenie niemowlęcia. (Konopka 1925/26, Nr. 839).

2) Oszacki Aleksander: O przecukrzeniu poborowem krwi oraz o jego stosunku do tolerancji węglowodanowej. (Konoopka 1925/26, Nr. 935).

3) Parczewski Aleksander: Życie płciowe kobiety. (Konopka 1925/26, Nr. 944).

4) Wierucki Kazimierz: Nowe sposoby leczenia chorób infekcyjnych. (Konopka 1925/26, Nr. 1362).

5) Żurakowski Witold: W sprawie leczenia przetworami radu. (Konopka 1925/26, Nr. 1479).

6) Skibniewski Tadeusz: Gruczolak torbielowaty trzustki. (Konopka 1925/26, Nr. 1115).

7) Nisenson Dawid: Gruźlica a wiek dziecięcy w świetle liczb. (Konopka 1925/26, Nr. 893).

Prawdopodobnie luk jest daleko więcej, ale już ich nie szukałem. Swoją drogą z drugiej strony trzeba przyznać tę wyższość „Przeglądowi piśmiennictwa" nad bibljografją Konopki, że „Przegląd" uwzględnia w dziale XXXIII sprawozdania z posiedzeń szpitalnych i towarzystw lekarskich czego u Konopki niema.

Wiele, niestety, pozostawiają do życzenia skorowidze. Gdybym chciał podać krótką charakterystykę skorowidzów, powiedziałbym, że ten, co je układał, nie zna psychologji czytelnika, używającego skorowidzów. Jeżeli ktoś chce wiedzieć, co pisano w Polsce o sanokryzynie lub o neosalwarsanie, ten będzie szukał w skorowidzu sanokryzyny lub neosalwarsanu. Konia z rzędem temu, kto się domyśli, że o sanokryzynie lub o neosalwarsanie można w r. 1926 znaleźć także coś pod wyrazem „oko"! W podobny sposób w tym roczniku niema w skorowidzu „pepsyny", natomiast można ją znaleźć pod choroby „oczne". Nonsens oczywisty! Bo przecież wszystko, co dotyczy oka, zebrane jest razem w dziale XVIII „Choroby oczu" i niema żadnej potrzeby jeszcze raz w skorowidzu wszystko zbierać pod „oko".

Albo zróbmy inną próbę. Weźmy pracę 23 (r. 1926) Minkiewicz R.: Prawa polibolizmu nerwowego a definicja fizjologiczna neuroz. Szukamy jej w skorowidzu: pod „prawa" — niema; pod polibolizm — niema! Natomiast jest pod... „nerwowy". No, no!

Weźmy inny wyraz: „schizofrenja". Pozycja ta w skorowidzu utrzymuje, że w r. 1926 napisano w Polsce na ten temat tylko dwie prace. Tymczasem w tekście „Przeglądu" są jeszcze o schizofrenji dwie inne: 398. Brzezicki E.: Nowsze badania anatomo-patologiczne mózgu w schizofrenji ze szczególnem uwzględnieniem jąder podkorowych. 399. Bychowski G: Zespoły schizofreniczne

i parafreniczne zewnątrz-pochodne a odnośne jednostki kliniczne. Zapewne te prace są w skorowidzu pod jakimś innym wyrazem, ale pod jakim? Kto na to wpadnie? Albo weźmy pozycję *227* (r. 1926). Leszczyński Roman J.: Badania kliniczne nad synergizmem narkotyków. Działanie lecznicze Kanofiny. Szukamy jej w skorowidzu: pod „synergizm" — niema; pod „narkotyk" — niema. Nareszcie jest — pod „kanofina".

Tak się skorowidzów nie układa. Skorowidz wtedy tylko spełni swoje zadanie, jeśli poszczególne tematy porozdzielane są obficie i inteligentnie pod najrozmaitsze kategorje.

Na wypadek, gdyby redakcja chciała się bronić, że właściwie „skorowidza" nie drukowała, lecz tylko „alfabetyczny spis prac" (podobnie jak „Przegląd piśmiennictwa" nie jest bibljografją), to na to trzebaby odpowiedzieć że „alfabetyczny spis prac", w którym każda praca występuje tylko pod jednym wyrazem, niewiadomo jakim, nie ma żadnego celu, natomiast skorowidz rzeczowy z wielką ilością tematów jest bardzo potrzebny. Przy ekonomiczniejszym doborze czcionek i innym układzie rzecz taka niewiele przysporzy kosztów druku. Prawda, że ułożenie skorowidza to jest wielka praca. Ale na tem właśnie polega zasada ekonomji w nauce. Gdy jeden przysiedzi fałdów, to potem tysiące oszczędzają czas.

Skorowidz osób również wiele pozostawia do życzenia. Zdumiewającem jest rozbijanie jednego autora na dwóch, czasem nawet na trzech. Mamy w skorowidzu osobno: Gorecki Z. i Gorecki Zdzisław: osobno Fritz J. i Fritz Józef; Jonscher K. i Jonscher Karol; Piasecki E. i Piasecki Eug.; Gieszczykiewicz M. i Gieszczykiewicz Marjan; Anigstein L. i Anigstein Ludwik; Bartkiewicz B. i Bartkiewicz Bronisław; Kostrzewski J. i Kostrzewski Józef; ba, prof. Marjan Franke występuje w skorowidzu za r. 1925 pod trojaką postacią: jako Francke Marjan (choć jako żywo nigdy się tak nie pisze), Franke M. i Franke Marjan. Takich podwajań (i potrajań) jest pełno. Naco to? Dlatego, że autor w tytule pracy raz napisze sobie pełne imię, a innym razem tylko pierwszą literę imienia? To nie jest wystarczająca racja. Nie było nic łatwiejszego, jak wziąć „Urzędowy spis lekarzy Rzeczypospolitej", (wydawany już 2 razy), i wszystkie imiona porozwijać. Skorowidz zająłby wtedy dużo mniej miejsca. Czytelnik nawet ma prawo się domagać, żeby mu skorowidz powiedział, czy Czernecki W. to jest Czernecki Władysław czy Czernecki Wincenty. Ze spisem lekarzy w ręku łatwo było to zrobić. Wszak Konopka w swojej bibljografji prawie wszystkie inicjały, a w każdym razie wszystkie ważniejsze porozwijał. I Szan. redakcja „Przeglądu" o tej zasadzie nawet wie i wyjątkowo (dlaczego wyjątkowo?) ją stosuje, pisząc np. S(rebrny) Z(ygmunt), Babecki J(erzy), Szulc G(ustaw).

Oczywiście, mogą się trafić przy pospolitszych nazwiskach, jak Abramowicz lub Ostrowski, pewne wątpliwości, zwłaszcza jeżeli np. protokół posiedzenia towarzystwa nie podaje wogóle ani imienia autora, ani pierwszej jego litery, ale wątpliwości w skorowidzu powinno być jak najmniej. Podejrzewam, że „Krygowski" to ma być „Krygowska", a „Dybowski" napewno ma być „Dybecki", „Pelczer" ma być „Pelczar". „Rubczyński Sebastjan" to jest pomyłka, która powstała ze złej korekty, ponieważ Rubczyński wygłosił rzecz p. t. „Sebastjan Petrycy". Takich błędów jest bardzo dużo.

Wogóle korekta i wykończenie są fatalne. Gdy się zobaczy na wstępie roku 1926 te trzy strony „błędów", wśród których mamy aż 31 numerów pozycyj przekręconych, (faktycznie jest ich jeszcze więcej), to się musi nasunąć uwaga, że redakcja poprostu nie opanowała mechanizmu drukowania. Tajemnica poprawnego drukowania bez błędów korektorskich polega na szeregu czynności, które tworzą prawie mechanizm, jak: dostarczenie na czas drukarni czytelnego rękopisu, skolacjonowanie I-ej korekty z rękopisem, korekta, skolacjonowanie II-ej korekty z I-szą, II-ga korekta, rewizja według tej samej zasady, wreszcie podpisanie „imprimatur". Ręczę, że ten mechanizm nie funkcjonował. A jednak w ogólnym bilansie pracy, kosztów, wartości i czasu ten mechanizm jest tańszy i krótszy, niż pospolity bałagan, zwany „linją najmniejszego oporu". Drukarnia zaraz inaczej pracuje, gdy widzi, że redaktor trzyma cugle w garści. Wszak w drukarni wszystko się sprowadza do pieniądza. Tam gdzie się wydaje 20—30 tysięcy na druk 80 arkuszy, tam warto dodać jeszcze 1 tysiąc, ażeby zapewnić poprawne funkcjonowanie mechanizmu redakcyjnego.

Spodziewając się, że następne tomy będą prowadzone wytrawniejszą ręką i że wrócą niebawem przynajmniej do poziomu tomów przedwojennych, podaję tu jeszcze niektóre uwagi, jakie mi się nasunęły przy przeglądaniu całego wydawnictwa od początku. Wogóle należy, mojem zdaniem, przyjąć zasadę, że wszelkie ulepszenia są pożądane i możliwe. Mówię to dlatego ,iż się niekiedy słyszy, że nie można i nie wolno nic w układzie zmieniać, ponieważ „taki układ był zawsze". Otóż mógłbym udowodnić, że układ i szczegóły wielokrotnie się zmieniały zależnie od pomysłowości poszczególnych redaktorów. Dlatego i teraz wszelki postęp jest możliwy i usprawiedliwiony.

Nie należy, jak sądzę, wśród autorów polskich wymieniać równorzędnie autorów obcych, jak Dubreuil-Chambardel, Portman, z których żaden pojęcia o języku polskim nie miał, którzy dostali się do piśmiennictwa polskiego jedynie przez swoją grzeczność, pozwoliwszy komuś przetłumaczyć pracę na język polski. Jeszcze gorzej wygląda Frassetto Fabio z włoskim tytułem pracy. Nie mówię, żeby takich cudzoziemców zupełnie wyrzucić, skoro okazali nauce polskiej jakąś sympatję, ale sądzę, że należy albo ich wydrukować innemi czcionkami albo umieścić w osobnej grupie na końcu. Że byłoby również pożądanem zebranie w osobną grupę prac, drukowanych w językach obcych przez autorów polskich, to się także samo przez się rozumie.

Nie jest wcale ustalonym pogląd, co i jak właściwie ma pisać współpracownik, referujący poszczególne prace. Gdy się przegląda różne tomy, nowsze i starsze, widać, że referenci nieraz bywali w prawdziwym kłopocie. Najczęściej, zdaje się, redaktorowie mówili referentom: „pisz streszczenie". Ba, ale czy zawsze można „streścić" pracę, jeśli autor np. podaje wielki materjał cyfrowy? Wyrazem zmagań się poszczególnych referentów z wziętemi na siebie obowiązkami były słowa, tak często drukowane w dawnych rocznikach (np. w r. 1910) po tytule pracy: „do streszczenia się nie nadaje". To było krótkie i wygodne, ale nie rozwiązywało sprawy. Ile razy czytałem w dawnych latach te wciąż powtarzane sakramentalne słowa „do streszczenia się nie nadaje", tyle razy oburzał się na to mój zdrowy rozsądek i odpowiadałem referentowi w duchu: „poco u licha bierzesz się do roboty, jeśli nie wiesz, co pisać"? Bo przecież czytelnik „Przeglądu piśmiennictwa" chciałby się choć coś dowiedzieć o pracy, której tytuł ma przed sobą: czy jest oryginalna, czy nie; czy jest źródłowa, ewent. na jakich źródłach oparta, czy skompilowana; o czem mowa; przy książkach, jakie tytuły rozdziałów; jeśli robiona gdzieś w zakładzie, czy w klinice, to w jakiej. To wszystko można zawsze tak lub inaczej podać, nie pisząc nawet specjalnego „streszczenia".

Z drugiej strony sumienni referenci, chcąc się wywiązać z obowiązku „streszczania", pisali nieraz sążniste „streszczenia", które się wręcz mijały z celem. Np. w r. 1901 streszczono Biernackiego „Zasady poznania lekarskiego" aż na 9 stronach, zamiast podać na 1—2 stronach, najwyżej, krótką charakterystykę dzieła. W r. 1909 referent zaszczycił mój niewielki artykuł o Paracelsie obszernem streszczeniem, podając w niem różne szczegóły, nie podając jednak tego, co jest najważniejsze, mianowicie, że to był tylko wykład, oparty na paru nowszych dziełach, w artykule moim na wstępie wymienionych, i że nie zawierał nic oryginalnego.

Mojem zdaniem, referent powinien pisać tak, żeby czytelnik z jego słów mógł mniej więcej dowiedzieć się, co jest w oryginale. Trzeba więc podawać po tytule: rozmiary pracy, gdzie robiona (w dzisiejszych czasach, kiedy drukuje się także „prace" na zamówienie fabrykanta, podanie kliniki czy szpitala ma swoje znaczenie); ostateczne wyniki, które autorowie sami często podają na końcu; jaki materjał uwzględniono, mały czy duży; przy artykułach sprawozdawczych trzeba mniej więcej podać stopień oryginalności.

Zresztą, ogólnej recepty na sposób pisania być nie może. Trzeba się wczuć w psychologję czytelnika. Czy referent ma prawo albo obowiązek podawać swoje uwagi krytyczne? To pytanie się nieraz nasuwało w dawnych tomach referentom, którzy raz po raz, czasem tylko w nawiasie, jakimś bodaj znakiem zapytania dawali wyraz swoim wątpliwościom. Sądzę, że w niektórych razach, to jest dopuszczalne, jakkolwiek „Przegląd piśmiennictwa" powinien raczej iść w kierunku bibljografji, a nie krytyki.

Dzieła streszczać jest trudno, choć to nawet nieraz robiono w dawnych latach, jak np. w r. 1891 z „Diagnostyką różniczkową" Biegańskiego, albo w r. 1893 z „Podręcznikiem chorób żołądka" Jaworskiego, albo z wymienioną wyżej monografją Biernackiego, natomiast zawsze można coś o nowej książce napisać, bodaj w formie krótkiej recenzji. Gdyby i na to nie było redakcji stać, to wtedy oczywiście przynajmniej trzeba podać jej tytuł bibljograficznie i zebrać również bibljograficznie recenzje gdzieindziej drukowane. Recenzentów możnaby też umieścić i w skorowidzu.

Tylko nie trzeba, jak to robiono w ostatnich tomach, do „Nowych książek" kłaść wszystkiego, z czem na pierwszy rzut oka niewiadomo co zrobić, np. odbitek z czasopism z innych fachów z pracami lekarskiemi. Oczywiście, można np. nie referować stale jakiegoś „Przeglądu Gazowniczego i Wodociągowego". Ale to nie jest racja, żeby odbitkę z tego czasopisma o oczyszczaniu wód (1925, 1694) umieszczać w „Nowych książkach", a nie w „Higjenie". Poz. 1925. 1720 „Bibljografja zdrojownictwa" powinna się była

znaleźć w „Historji medycyny" i „Balneologji", w jednej z tych grup ewentualnie bez osobnego numeru, jak to robiono w dawnych latach. Błędnie też umieszczono w „Nowych książkach" w r. 1925 poz. 1747, 1750, 1761; w r. 1926 poz. 1373, 1425.

Pomimo tych wszystkich usterek, jakie musieliśmy z obowiązku recenzenta wymienić, wydane tomy posiadają wielką wartość. Można z nich dużo skorzystać. Wartość wydawnictwa jest tak wielka, że nie zmniejszają jej nawet zaznaczone usterki.

Władysław Szumowski.

Dr. Med. i Fil. Władysław Szumowski, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego. *Historja medycyny filozoficznie ujęta.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Z ilustracjami. *Medycyna starożytna.* Kraków 1930. Gebethner i Wolf. St. 138.

Cechą znamienną polskiego programu studjów lekarskich, odróżniającą go od programów zagranicznych jest wprowadzenie doń wykładów historji i filozofji medycny wraz z seminarjum, a nadto obowiązek złożenia egzaminu ścisłego z tego przedmiotu przez kandydatów do stopnia doktorskiego.

Najgorliwszymi propagatorami tego przepisu w programie studjów byli profesorowie Wrzosek i Szumowski, którzy też wraz z innymi przedstawicielami powstałych katedr historji i filozofji medycyny podjęli zadanie zorganizowania u nas pracy naukowej i dydaktycznej w tym przedmiocie. Kilkuletnia działalność ich na tem polu wydała już owoce poważne, a stan tej sprawy w Polsce spotkał się z bardzo gorącem uznaniem ze strony zagranicznych, a w szczególności niemieckich historyków medycyny. Budzi się w naszym świecie lekarskim zrozumienie i zamiłowanie do studjów historyczno-lekarskich, powstają kółka miłośników historji medycyny, mnożą się prace naukowe z tego zakresu, mamy założone i doskonale przez prof. Wrzoska redagowane „Archiwum historji i filozofji medycyny", odbywają się wreszcie zjazdy naukowe, poświęcone temu działowi nauki. Podczas ostatniego, czwartego już z rzędu zjazdu polskich historyków i filozofów medycyny, odbytego w październiku 1928 w Krakowie odbyła się konferencja przedstawicieli katedr historji i filozofji medycyny, która rozpatrywała i przyjęła program wymagań z tego przedmiotu do doktoratu medycyny, a jak czytamy w protokole zjazdowym, „Prof. Szumowski obiecał dostosować do tego programu podręcznik historji medycyny, jaki opracowuje".

Świeżo wydana książka prof. Szumowskiego, obejmująca jako pierwszą część obszerniejszego dzieła historję medycyny starożytnej, stanowi zatem jeden z etapów zamierzeń naszych historyków medycyny i zasługuje na to, aby zwrócono na nią uwagę ze strony świata lekarskiego.

Po krótkim wstępie, omawiającym początki medycyny, w szczególności zabiegi lecznicze u zwierząt i medycynę ludów pierwotnych, kreśli autor w sposób zwięzły stan medycyny na terenie najdawniejszych cywilizacyj, a więc w Mezopotamji, w Egipcie, w Indjach, w Chinach, u Persów i u Żydów. Może część ta wydawać się za szczupłą, zwłaszcza wobec wzmożonego zainteresowania się Europy temi cywilizacjami wschodniemi, może w szczególności Egipt starożytny zasługiwałby na szersze omówienie, w świetle najnowszych odkryć archeologicznych, jednak w zakreślonym planie dzieła autor nie mógł niewątpliwie poświęcić więcej miejsca temu rozdziałowi. Jedno tylko zbytnie skrócenie wydaje mi się nieusprawiedliwionem, a mianowicie załatwienie się w kilkunastu wierszach z medycyną starożytnych Żydów, których cywilizacja ze względu na powstanie na jej gruncie chrystjanizmu musi nas szczególniej interesować, a znaczenie i rozpowszechnienie Starego Testamentu, oraz innych ksiąg żydowskich nasuwa potrzebę zaznajomienia się z zawartemi tam zapatrywaniami w dziedzinie biologji, patologji i terapji.

Znaczną część dzieła, bo prawie dwie trzecie części całości, poświęca autor medycynie greckiej i rzymskiej, co ze względu na jej poziom i znaczenie dla nas, jako wychowanych na kulturze klasycznej, jest zupełnie słuszne. Część ta podzielona jest na 8 rozdziałów, omawiających stan medycyny częściowo według poszczególnych okresów czasu po sobie następujących, częściowo według zasadniczych kierunków, jakie wytworzyły odrębne szkoły lekarskie. Osobne rozdziały poświęcone są dwom wielkim mistrzom medycyny starożytnej Hippokratesowi i Galenowi. Mamy więc następujące rozdziały: a) Początki medycyny greckiej. Democedes. Najstarsi filozofowie-lekarze. b) Hippokrates. c) Rozkwit filozofji greckiej w związku z nauką o przyrodzie i z medycyną. Platon. Arystoteles. epikurejczycy. stoicy. d) Szkoła aleksandryjska. Racjonaliści i empirycy. e) Początki medycyny w Rzymie. Asklepiades i metodycy. f) Encyklopedyści. g) Galen i jego epoka. Antyllos. h) Nastroje filozoficzno-religijne w cesarskim Rzymie. Plotyn.

Same wyżej wymienione tytuły poszczególnych rozdziałów wskazują na sposób, w jaki autor pojmuje i wypełnia treść i zadanie swej książki. Jest to istotnie historja medycyny „filozoficznie ujęta", jak to zaznaczono w karcie tytułowej dzieła, historja ujęta w szerokie rzuty poglądowe, nieobciążona szczegółami, uboga w treść anegdotyczną, natomiast silnie związana z przedstawieniem panujących w danej epoce poglądów i kierunków filozoficznych, stanowiąca wskutek tego osobne dopełnienie historji umysłowości ludzkiej w ogóle, a historji filozofji w szczególności. Metoda ta zastosowana przez autora, wypływająca niewątpliwie tak z osobistych jego upodobań, jak i ze sposobu pojmowania zadania katedr historji i filozofji medycyny przez ich przedstawicieli mnie osobiście przemawia bardzo do przekonania. Żadna nauka nie wiąże się tak ściśle z problemami filozoficznemi, jak właśnie medycyna, która usiłuje rozwiązać zagadnienie życia, choroby i śmierci, stanowiące również przedmiot najgłębszych rozważań filozofów. Szczególniej w starożytności te dwie nauki wraz z przyrodoznawstwem wogóle nie dadzą się poprostu oddzielić, to też „filozoficzne ujęcie" historji medycyny starożytnej wydaje się prawie konieczne. Czy metoda ta przy opracowaniu dalszych części dzieła, a zwłaszcza historji medycyny najnowszej da się w pełni zastosować, można mieć pewne wątpliwości, zdaniem mojem jednak, należałoby tego pragnąć jak najgoręcej, a w ten sposób spełnić postulaty naszych najwybitniejszych lekarzy-myślicieli, którzy nam w swych pracach tego właśnie kierunku pozostawili doskonałe, a na wskroś oryginalne wzory. Jeżeli zaś chodzi o potrzeby ucznia lub lekarza, to w ten sposób ujęta historja medycyny stanowi właśnie prawdziwy i ożywczy pokarm dla duszy, rozszerza mu bowiem nietylko wykształcenie ogólne, ale pogłębia jego myślenie lekarskie, udoskonalając nietylko jego pracę naukową, ale i działalność czysto lekarską przy łóżku chorego.

Autor, znając dobrze poziom wykształcenia młodzieży lekarskiej, wiedział dobrze, co w swej książce musi podać z zakresu historji filozofji, aby być zrozumianym przy przedstawianiu różnych kierunków panujących w medycynie, umiał też w sposób zwięzły a jasny streścić najważniejsze poglądy filozoficzne i nawiązać je do zapatrywań lekarskich. Książka pisana jest niezmiernie prosto, stylem pięknym, przystępna dla każdego człowieka inteligentnego; urozmaicają jej treść wtrącone w wielu miejscach analogje zapatrywań współczesnych ze starożytnemi, jak również przytaczane w odpowiedniej mierze szczegóły różnych metod i zabiegów leczniczych, wreszcie 20 dobrze dobranych ilustracyj. Niezwykle cenny i piękny ustęp stanowi ostatni rozdział książki p. t. „Ogólny rzut oka na medycynę starożytną", w którym autor w największej zwięzłości daje syntezę tego, co czytelnik z książki powinien wywnioskować i jak powinien patrzeć na medycynę starożytnych.

Cel, który autor sobie założył przy podjęciu swej pracy, aby uczniom polskich Wydziałów lekarskich, zobowiązanym przy ubieganiu się o doktorat do osobnego egzaminu z historji i filozofji medycyny, dać podręcznik nadający kierunek studjów w tym przedmiocie, osiągnął w zupełności. Wydaniem jednak dotychczas jedynie pierwszej części dzieła, obejmującej medycynę starożytną, wypełnił zadanie swoje tylko częściowo, to też z niecierpliwością oczekiwać będziemy dalszych części hostorji medycyny, choćby w interesie uczącej się młodzieży polskiej.

Kończąc to krótkie sprawozdanie, muszę zauważyć, że, jako niefachowiec w dziedzinie historji i filozofji medycyny, świadom jestem mej niekompetencji do pisania krytyki szczegółowej dzieł tego rodzaju. Uwagi powyższe skreśliłem jako szczery zwolennik uwzględnienia historji medycyny w studjach lekarskich, oraz jako miłośnik medycznej literatury historyczno-filozoficznej, któremu też przeczytanie książki prof. Szumowskiego sprawiło prawdziwą przyjemność.

W. Sieradzki.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 48, z 1 grudnia 1929: Ruszkowski: Oznaczanie kamfory w spirytusie kamforowym. Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przemysł Chemiczny, nr. 22, z listopada 1929 r.: M. Dominikiewicz: Zależność między budową a barwą barwników azowych. W. Iwanowski i P. Wojcieszak: Wyniki użycia należycie zestawionych spirytusowych mieszanek napędnych. — Z. Klonowski: Nowe pole pracy dla chemika w Polsce.

Wychowanie fizyczne, rok X, zeszyt 12, z grudnia 1929 r.: K. Stojanowski: Niektóre wyniki antropologiczne prac Laboratorjum antropometrii stosowanej Studjum Wychowania fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego. — K. Mitkiewicz: Propaganda higjeny w szkole. — W. Sikorski: Miernik oraz minima sprawności fizycznej w wychowaniu fizycznem młodzieży szkolnej. — K. Pietkiewicz: Z metodyki narciarstwa. — A. Pigoniówna. Osnowa dla II i III r. Studjum Wychowania Fizycznego. — Z. Nożyńska: Pląs.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 49, z 5 grudnia 1929 r.: M. Szour: O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruczołowych (c. d.). — A. Landau, M. Fejgin i B. Jochweds: Spostrzeżenia kliniczne nad bradykardją. Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany zespołem Hornera. Z. Świder: O djetetycznem leczeniu gruźlicy (streszcz. zbior. dok.). — A. Simon: Poglady Imanuella Kanta na zagadnienia higjeny osobistej. — L. Karpfówna: Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój (dok.). — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (ciąg dalszy).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 49, z 8 grudnia 1929: St. Żmigród: Chemja koloidalna a farmakologja i medycyna. — M. Ruszkowski: Ułatwiony sposób destylacji amonjaku przy metodzie Kjeldahla. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Nowiny społeczno - lekarskie, rok III, nr. 23, z 1 grudnia 1929: Konferencja w sprawie Kas chorych. — Wł. Szenajch: Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnemi. — Z. Rudolf: Stan sanitarno-porządkowy w miastach polskich. — B. Jakimiak: Wynagrodzenia, uposażenia i zabezpieczenia emerytalne lekarzy i ich rodzin.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 112, z listopada 1929 r.: W. Walkiewicz: Badania doświadczalne nad zmianami w wątrobie u królików karmionych łubinem.

Pedjatrja Polska, tom IX, zeszyt 5, za wrzesień - październik 1929 r.: S. Popowski: Dookoła ogniskowe nacieczenia u dzieci. Fr. Goebel: Oznaczenie aktywności witasteryny D. — R. Barański i J. Wiszniewski: Przyczynek do kliniki pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. — Art. Ziegler: Ostre kiłowe zapalenia opon mózgowych u dzieci.

Trzeźwość, r. 1929, nr. 10: Doniosła uchwała XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie. — K. Kalinowski: Powitajmy sprzymierzeńca. — E. Oleska: „Głupi" i „Mądry". M. Szemiński: Dobrodziejе Polski. — H. Nałęcz-Ostrowska Szymańska: Ze zjawisk litrackich. — B. Wojciech Wiącek: Pamiętniki z wojska austrjackiego. — I. Cetnarski: Praca nauczyciela w zakresie higjeny (dok.).

Trzeźwość, r .1929, nr. 11: J. Szymański: Ś. p. prof. Dr. Rafał Radziwiłłowicz. — St. Władyczko: Przemówienie na dziedzińcu Skargi w imieniu Uniw. Wileńskiego na pogrzebie ś. p. Radziwiłłowicza. — H. Nałęcz-Ostrowska Szymańska: Ze zjawisk literackich. — W. Łuniewski: Ocena książki p. Mikołaja Skiby. — H. Zajączkowski: Wrażenia z wycieczki abstynentów wiedeńskich. — M. Skiba: Harcerstwo polskie w walce z alkoholizmem. — M. Siemiński: Obiecujący młodzieńcy. — M. Sokalówna. Walka z narkotykami w Hiszpanji. H. Nałęcz-Ostrowska Szymańska: Kobiety w walce z alkoholizmem. — M. Skiba: Z wędrownej wystawy przeciwalkoholowej Tow. „Trzeźwość".

Higjena życia codziennego, rok IV, nr. 10—11, za październik-listopad 1929 r.: Różne popularne artykuły z dziedziny higjeny życia codziennego.

Zdrowie, rok XLIV, nr. 12, z grudnia 1929 r.: P. Gantkowski: Czy można i najmłodsze dzieci szkolne uczyć pierwszych podstaw higjeny?. — Sz. Mikołajski: Pomoc położnicza w województwie lwowskiem w świetle statystyki urzędowej. — Fr. Ks. Cieszyński: W sprawie organizacji opieki higjenicznej i położniczej na wsiach Rzeczypospolitej Polskiej. — St. Żmigród: Sposoby ulepszenia mąki. — M. Nehrebecki: Spożycie mleka w Łodzi w 1929 r.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 10, z października 1929 r.: T. Bartoszek: Kapilaroskopja, jako metoda badania klinicznego. — S. Blikle: Podstawy teoretyczne możliwości zastosowania ciał naświetlonych (fosforyzujących) w zębolecznictwie. — J. Ligęza: W sprawie uwzględnienia szczegółowego umieszczenia w statystyce międzynarodowej chorób zębów i jamy ustnej.

Kronika dentystyczna, rok XXIV, nr. 9—10, za wrzesień-październik 1929: A. Gruca: E. Meisels: Trzy przypadki jednostronnego przerostu żuchwy.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 50, z 12 grudnia 1929: M. Szour: O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruczołowych (dok.). — A. Landau, M. Fejgin i B. Jochweds: Spostrzeżenia kliniczne nad bradykardją. Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany zespołem Hornera (dok.). — B. Kryński: Kilka uwag w sprawie artykułu Dr. H. Adelfanga „O nowej metodzie cholecystografji doustnej". — H. Adelfang: Odpowiedź Dr. B. Kryńskiemu. — B. Goldstein: O zaburzeniach wydzielania trzustki i o ich leczeniu. — O. Bujwid: Stosunki zdrowotne w Brazylji. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

Przemysł Chemiczny, nr. 23, z grudnia 1929: St. Kiełbasiński: Analityczno-chemiczny wskaźnik toksyczności związków arseno-benzolowych. — L. Bier: W sprawie kontroli wyrobów fabryk margaryny. — St. Żmigród: O reakcjach barwnych oleju sezamowego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 50, z 15 grudnia 1929: St. Krauze: Rozróżnianie wina owocowego od gronowego. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 45 — 1929 r.

J. Plesch: *Kliniczna dynamika krwi* (Klinische Hämodynamik). Autor omawia najnowsze sposoby i metodykę badania narządu krążenia.

A. Kitlinger: *Grasica cielęca a zachowanie się Carcinolizyn i obrazu krwi w przyp. raka nieoperacyjnego.* Opierając się na doświadczeniach wykazujących wysoką wartość carcinolityczną grasicy transplantował autor grasicę cielęcą w 3 przyp. raka nieoperacyjnego. Stwierdza że: Własność carcinolityczna surowicy krwi wzrasta po przeszczepieniu grasicy. Trwałego stanu carcinolizy tą metodą wywołać nie można. Zaburzenia pochodzące z rozpadu białka występują często przy tej metodzie. Obraz krwi nie ulega trwałej zmianie.

S. Glaubach i H. Molitor: *Moczopędne działanie wyciągu wątroby na psy z niedomogą nerkową.*

W. Thür: *Szmer zastawkowy Flinty w przyp. zwężenia zastawki dwudzielnej.* Opis przypadku.

H. Newinny: *O uśmierzaniu bólu porodowego pernoctonem.* Autor stosował pernocton w 100 przypadkach porodu. Podawał p. głównie rodzącym z silnemi bólami porodowemi. U 71 rodzących zdołał wywołać całkowitą u 22 częściową amnezję. Z zawodem właściwym spotkał się w 1 przypadku gdyż w innych 6 przyp. zawód spowodowany był złem dawkowaniem i nieodpowiednio wybranym czasem wstrzyknięcia. Przez przedłużenie czasu wstrzykiwania i przez zmniejszenie dawki możnaby stany podniecenia obserwowane w 11 przyp. zmniejszyć lecz nie usunąć.

E. Fröschel i A. Schalit: *„Meat-Obturator". Nowy obturator w przyp. paszczy wilczej.*

J. Amreich: *Leczenie chirurgiczne schorzeń połogowych.* Kurs dokształcający traktujący o przyp. infekcyjnych w połogu, w których musi wkraczać nóż chirurga, a więc w przyp. ropni paranefrytycznych, zapaleń żył i t. p.

O. Schwarz: *Leczenie przerostu gruczołu krokowego.* Kurs dokształcający.

F. Eisler: *Badanie roentgenologiczne nerek.*

H. Kogerer: *Opieka nad chorymi umysłowymi.* Dla praktyki.

Nr. 46 — 1929 r.

W. Nonnenbruch: *Rak narządów wewnętrznych.*

J. Plesch: *Kliniczna dynamika krwi.* (Zakończenie).

W. Lares: *Śmierć nagła w przyp. pęknięcia tętniaka serca we wczesnem dzieciństwie.* Opis przypadku sekcyjnego 6 mies. dziecka. Tętniak (aneurysma) umiejscowiony na koniuszku serca, pochodzenia luetycznego.

F. Donath: *Przypadek zakażenia gronkowcami z zejściem w podostrą białaczkę.* Opis przypadku. Autor uważa wystąpienie białaczki za reakcję na zakażenie gronkowcowe.

L. Vajda: *Powiększenie limfatycznych gruczołów śródpiersiowych u dorosłych.* Powiększenie gruczołów środp. należy uważać za znak ostrzegawczy, gdyż mogą one być początkiem zaczynającej się infekcji gruźliczej. Ważną wskazówką rozpoznawczą jest Bronchophonia.

P. Deuticke: *Rzadki przypadek choroby Basedowa.* Wystąpienie M. Basedovi u osobnika z Schizophrenią. Opis przypadku.

A. Hahn: *Novorit nowy środek moczopędny.* Fabr. Kaštel.

Denzaburo Kato: *Objaw uboczny po Claudenie.* Clauden podany w celu usunięcia krwawienia po wyrwaniu zęba wywołał objawy niebezpiecznego szoku.

L. Dittel: *Psychoterapia w ginekologji.* Kurs.

C. Bucura: *Typowe urazy porodowe i ich leczenie.* Kurs

J. Kovarschik: *Wadliwe i niewskazane stosowanie lampy kwarcowej.* Dla praktyki.

B. Breitner: *Postępy w leczeniu chirurgicznem schorzeń gorączkowych.* Dla praktyki.

Nr. 47 — 1929 r.

K. Singer: *Doświadczalne podstawy teorji o mechanizmie działania diety wątrobowej.* Autor omawia trzy teorje działania diety wątrobowej w anemji złośliwej: 1) Działania wątroby jako bodziec dla aparatu krwiotwórczego, 2) Działania wątroby na system haemolityczny i 3) Teorję „czynnika wątrobowego" jako koniecznego do budowy normalnych krwinek. W mechanizmie działania leczniczego wątroby trzeba rozróżniać dwa czynniki: 1) Czynnik niespecyficzny zawarty w mięsie i wątrobie sprzyjający budowie wzgl. niszczeniu krwinek. Wyciągi nie zawierają go. 2) Czynnik specyficzny zawarty i w wyciągach konieczny do odbudowy krwinek w niedokrwistości złośliwej.

K. Rudsit: *Badania nad wpływem środków gazowych na ustrój ludzki* (Gaz und Dampfförmige Mittel).

S. Frankl: *Histerja w padaczce.* Histerja i padaczka występują obok siebie równocześnie. Epileptyk jest skłonny do histerji i jest często histerykiem. Histerja zabarwia i przedłuża ataki padaczki. Dokładne badanie i obserwacja pozwala na oddzielne rozpoznanie tych dwuch schorzeń.

R. Eisenmenger: *Doświadczenia z aparatem do sztucznego oddechania „Biomotor" na zwierzętach.* (Doniesienie tymczasowe).

G. Papp: *Ciekawy przypadek kiły mózgu u 9-letniej dziewczynki.* Opis przypadku.

A. Sucher: *Specjalne działanie preparatów przy tarczycy.* Opis przypadku.

G. Engelmann: *O bólu nóg.* Omówienie bólów nóg spowodowanych złem obuwiem względnie zmianami w aparacie motorycznym nóg.

R. O. Stein: *O wypadaniu włosów na tle seborrhoe i jego leczeniu.* Dla praktyki.

F. Mandl: *Coccygodynia i jej leczenie.* Dla praktyki.

Nr. 48 — 1929 r.

R. Demel, St. Jellinek, C. J. Rothberger: *Przejściowe migotanie serca pod wpływem działania silnego prądu.* Badania elektrokardjograficzne u zwierząt poddawanych działaniu silnych prądów wykazały migotanie komór które po pewnym czasie przechodziło i rytm serca wracał do normy. Autor przypuszcza że i migotanie serca u człowieka porażonego prądem może ustąpić pod wpływem środków ratowniczych. (Doniesienie tymczasowe).

H. Lubieniecki: *W sprawie osobniczych różnic w powstawaniu i przebiegu oxyuriasis.*

J. S. Schwarzmann: *Wyciąg mięśni szkieletowych jako środek tonizujący.* (Doniesienie tymczasowe). Środek „Myol" będący wyciągiem mięśni cieląt, oprócz bardzo dodatniego wpływu na dusznicę bolesną, posiada też własności tonizujące.

F. Hutter: *Leczenie śledzioną przypadków gruźlicy krtani.* Opis przypadku gruźlicy krtani pomyślnie leczonego podawaniem śledziony.

M. Rosenblum R. Kaznelson: *Obecny stan leczenia róży.* Parenteralne podanie mleka lub autohaemoterapja skraca okres podwyższonej ciepłoty i ogólnej intoksykacji. Serum Dicków daje te same wyniki, ale daje też nieprzyjemne objawy anafilaksji. Leczenie białkiem należy stosować wcześnie, najpóźniej w 4 dniu choroby. Leczenie to nie wpływa na częstość i rodzaj nawrotów.

Maendl i Schwarzmann: *Technika operacyjna plomby płucnej.*

H. Steindl: *Operacja prostnicy a zdolność zatrzymywania kału.* Kurs dokształcający.

E. Gold: *Nieswoiste schorzenia epiphizy w okresie wzrostu.* Kurs dokszt.

J. Richter: *Zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży.* Kurs dokształcający.

E. Lak: *O ocenianiu wydolności czynnościowej serca.* Wskazówki dla praktyki.

J. Krzyżanowski (Gdynia).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 18. IV. 1929 r. Obecnych 56 osób.

Demonstracje chorych: 1) Dr. Kagan przedstawia przypadek choroby Tay-Sachsa. Dziecko 17 mies. nie chodzi, ani nie siada, jest apatyczne, przy badaniu stwierdza się wiotkość mięśni, idiotismus, leniwą reakcję źrenic, skurcze toniczne górnych kończyn, trudności żucia i połykania, ponadto objawy skazy wysiękowej i ślady krzywicy. Dziecko pochodzi z rodziny żydowskiej, babki jego są siostrami. Matka nie przebywała poronień, z rodzeństwa jedno dziecko zmarło na zapalenie płuc, drugie ma l. 5, zdrowe. Dr. Bronstein uzupełnia obraz tego przypadku wynikiem badania dna oka, które wykazało obecność jasno-szarej plamy naokoło fovea centralis. Dr. Kagan omawia obszernie objawy staci dziecięcej rozpoznanego schorzenia.

2) Dr. Drożdż przedstawia obserwowany wspólnie z Drem Brzozowskim przypadek zaburzeń psychicznych po zatruciu gazem świetlnym. Chora, młoda dziewczyna od czasu wypadku jest apatyczna, z początku nie odpowiadała na pytania, później, chodząc już, zaczepiała o sprzęty, jakby ich nie widząc, okazywała niepokój ruchowy, występowały też drgawki kończyn dolnych. Obecnie zdradza jeszcze objawy zaburzeń pamięci i spostrzegawczości. Rokowanie jest niepewne, jednak widać powolną poprawę.

3) Dr. Jaczewski przedstawia czterech chorych: a) pacjentkę l. 19 z głębokiem niebolesnem owrzodzeniem nosa. klinicznie rozpoznano Ca. apicis nasi, wykluczając kiłę i tocznia — badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie; b) chorego l. 45, który przed 9 laty był operowany z powodu raka wargi dolnej, bez wyłuszczenia gruczołów podszczękowych, obecnie gruczoły pachwinowe powiększone, w jamie brzusznej wyczuwa się guz; c) chorego l. 29 który w r. ub. zaczął się leczyć z powodu zakażenia kiłowego, w końcu grudnia 1928 przybył do szpitala w stanie znacznego osłabienia i wycieńczenia, waga wynosiła 55 kg, miał bóle w okolicy XII żebra. Stwierdzono melanodermię Addisona i rozpoznano na podstawie tych objawów zmiany nadnerczy. Leczenie bizmutem dało dobry wynik; chory chodzi, przybiera na wadze, nabrał sił. d) chorą z leukomelanodermją kiłową. W związku z temi przypadkami Dr. J. omawia nowsze badania nad rolą n. sympatycznego w chorobach gruczołów dokrewnych.

4) Dr. Drożdż opisuje dalszy przbieg przypadku guza rdzenia, przedstawianego na jednem z poprzednich posiedzeń. Przy operacji znaleziono zmiany w IV kręgu lędźwiowym, a na oponie twardej miękką masę o wyglądzie ziarniny, w której badanie histologiczne wykazało utkanie gruźlicze. Chory nie odzyskał władzy w kończynach, pojawiły się odleżyny.

5) Dr. Sulkowski opisuje przebieg choroby pacjenta, który od roku miewa 1—2 razy na tydzień napady wysokiej gorączki, kończące się nagłym spadkiem t° i potami. Żadnych zmian przedmiotowych nie stwierdza się, szczegółowe badania hematologiczne i serologiczne, przeprowadzone na klinice lwowskiej, nie dały również żadnego wyniku.

Następnie rozpatrywano sprawę rozpoczynania nauki w szkołach powszechnych i średnich w miesiącach zimowych o godz. 8-ej rano. Sprawę tę przedstawił Zarząd Lub. Izby Lekarskiej z prośbą o wyrażenie opinji, czy zbyt wczesne wstawanie, zwłaszcza jeżeli chodzi o dzieci dojeżdżające z innych miejscowości nie może mieć ujemnego wpływu na ich zdrowie. W ożywionej dyskusji, jaka się na ten temat wywiązała, większość zebranych wyraziła przekonanie, że 8 godzina dla dzieci zdrowych nie jest zbyt wczesną i że ze względów społeczno-wychowawczych należy propagować wogóle wczesne rozpoczynanie pracy codziennej.

W dalszym ciągu posiedzenia omawiano sprawę wyboru delegata Lub. Tow. Lek. do Rady Fundacji Szpitala św. Wincentego à Paulo w Lublinie.

Dr. J. Morozowa, sekretarz. *Dr. Modrzewski*, prezes.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

26 — 29 września 1929 roku.

Zeszłoroczny — 13-ty z kolei — Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, drugi od powstania Państwa Polskiego, obradował w Wilnie. Wilno poraz pierwszy gościło w swoich murach Zjazd o tak poważnych tradycjach naukowych. Poraz pierwszy też Zjazd ten był uświetniony obecnością Głowy Państwa w osobie Pana Prezydenta Rzeczypospolitej profesora Ignacego Mościckiego, który na prośbę komitetu organizacyjnego objął nad Zjazdem protektorat.

Zjazd odbył się przy ogromnym udziale członków, których ilość przekroczyła 1600. W przeddzień otwarcia Zjazdu, t. j. w dniu 25. IX. uczestnicy zebrali się w salach kasyna wojskowego dla zapoznania się wzajemnego. Pierwsze to nieoficjalne zebranie zaszczycił Swą obecnością Pan Prezydent Rzeczypospolitej. Na zebraniu tem, zgodnie z tradycją Zjazdów, ustalono listę mówców na Zebranie inauguracyjne.

Dzień otwarcia Zjazdu rozpoczął się uroczystem nabożeństwem w kościele św. Jana. Po nabożeństwie członkowie i goście szczelnie zapełnili udekorowaną salę teatru wielkiego na Pohulance. Największa ta sala w mieście okazała się za ciasną na pomieszczenie wszystkich obecnych. Uroczystości te zaszczycił Swą obecnością Pan Prezydent Rzeczypospolitej. Po jego zjawieniu się w loży orkiestra odegrała hymn państwowy, poczem przewodniczący komitetu organizacyjnego wygłosił dłuższe przemówienie, zagajające Zjazd i zaproponował na rzeczywistego przewodniczącego Zjazdu prof. Dr. A. Gluzińskiego, na zastępcę prof. Dr. H. Hoyera z Krakowa, na sekretarzy profesorów W. Koskowskiego ze Lwowa i Różyckiego z Poznania. Wyboru dokonano wśród oklasków przez aklamację, taksamo jak wyboru prezesów honorowych, którymi zostali: prof. Beck i prof. B. Dyboski ze Lwowa, prof. Gantkowski i prof. J. Grochmalicki z Poznania, prof. Emil Godlewski senior z Puław, prof. B. Hryniewiecki z Warszawy, minister Dr. Ivković z Belgradu, A. Kwaśnicki i prof. W. Natanson z Krakowa, A. Puławski i prof. B Sawicki z Warszawy, prof M. Siedlecki z Krakowa, M. Curie-Skłodkowska z Paryża, M. Świętosławski z Warszawy, minister spraw wewnętrznych Dr. Składkowski z Warszawy, H. Schramm ze Lwowa i S. Sterling z Łodzi.

Przewodniczący A. Gluziński wygłosił krótkie przemówienie, zakończone okrzykiem na cześć Pana Prezydenta Rzeczypospolitej; poczem witali Zjazd imieniem Rządu Rzeczypospolitej p. minister spraw wewnętrznych Dr. Składkowski, imieniem miasta Wilna p. prezydent miasta Folejewski, imieniem Uniwersytetu Stefana Batorego JM. ks. rektor Falkowski, imieniem Polskiej Akademji Umiejętności i wszystkich polskich Uniwersytetów prof. Leon Marchlewski z Krakowa, imieniem wszystkich towarzystw naukowych lekarskich i przyrodniczych profesor Kryński z Warszawy, imieniem delegacji lekarzy jugosłowiańskich Dr. Ivkovič z Belgradu, imieniem towarzystw naukowych Dorpackich prof. Puussep z Dorpatu. Prof. Ciechanowski, prezes Stałej Delegacji Zjazdów, złożył sprawozdanie z czteroletniej czynności Delegacji, poczem prof. Michejda odczytał długą listę tych, którzy przysłali telegraficzne i listowne życzenia Zjazdowi. Na zakończenie wygłosił prof. Leon Marchlewski z Krakowa wykład p. t.: Przemiana materii w ustroju roślinnym a zwierzęcym.

Po złożeniu wieńca na górze Zamkowej na grobie Powstańców, otwarto w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej wystawę p. t.: „Piękno ziemi i przyrody polskiej" i wystawę przemysłu sanitarno-farmaceutycznego.

Po południu tego dnia rozpoczęły się obrady w sekcjach, których było 27. Obrady te zajmowały wszystkie popołudnie w godzinach od 16 — 19, ponadto drugiego i trzeciego dnia godziny od 11 — 14-tej.

Drugiego dnia przedpołudniowe posiedzenie poświęcone było wykładowi prof. Emila Godlewskiego jun. z Kraakowa, p. t.: Starość i śmierć jako zjawisko biologiczne. Wykładu tego słuchał Pan Prezydent Rzeczypospolitej.

W trzecim dniu na posiedzeniu plenarnem wybrano członków nowej Delegacji stałej. Weszli do niej: z Krakowa profesorowie Romer, Szafer i Maziarski, z Warszawy: prof. Loth, Dr. W. Chodźko i prof. Pieńkowski, ze Lwowa: profesorowie W. Nowicki, S. Krzemieniewski, z Wilna: profesorowie Józef Trzebiński i K. Michejda. Następnie prof. Piasecki z Poznania wygłosił wykład p. t.: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, a prof. Świętosławski z Warszawy wykład p. t. „Zadania i obowiązki pracowników naukowych względem Państwa i społeczeństwa". Wieczorem tego dnia komisja wnioskowa, wybrana rano, rozpatrzyła zgłoszone przez sekcje wnioski w ilości 43. Komisja przygotowała wniosek o przekazanie wszystkich tych rezolucyj Stałej Delegacji do rozpatrzenia, uzgodnienia i załatwienia.

Ostatnie niedzielne posiedzenie poprzedzone było nabożeństwem w kaplicy Ostrobramskiej. Na plenarnem posiedzeniu przyjęto wnioski przedstawione przez Stałą Delegację (drukowane w programie Zjazdu) rezolucję komisji wnioskowej i oznaczono wśród oklasków Poznań jako miejsce przyszłego Zjazdu (w roku 1933). Prof. A. Wrzosek z Poznania wygłosił odczyt o Józefie Mianowskim, którego 50-lecie śmierci przypada na rok bieżący, poczem prof. W. Nowicki ze Lwowa wygłosił wykład p. t. „Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem". Posiedzenie i Zjazd zakończone zostały przemówieniem prezesa prof. Gluzińskiego.

Komitet organizacyjny dokładał starań, aby wśród godzin bardzo posiedzeniami wypełnionych znaleść czas na zwiedzenie miasta przez uczestników Zjazdu. Cały szereg sekcyj zorganizował wycieczki do Trok, zaś wieczorem w niedzielę odjechała większa grupa (blisko 80 osób) do Białowieży.

Zjazd przyczynił się wydatnie do zapoznania dużej części polskiego świata lekarsko-przyrodniczego z Wilnem, z jego pięknością, z Uniwersytetem i jego zakładami, a ponadto przyniósł obfity plon naukowy, mający wejść do Pamiętnika Zjazdu, który przygotowuje komitet redakcyjny z profesorem Jakowickim na czele.

Michejda.

SPRAWY ZAWODOWE.

Okrąg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Lwów, dnia 13 grudnia 1929.

Odpis.

Do Pana Komisarza Kasy Chorych we Lwowie.

Ostatnie zamierzenia Pana Ministra Opieki Społecznej skierowane są ku podniesieniu lecznictwa w Kasach Chorych. Związek Lekarzy Państwa Polskiego, pragnąc współpracować w usiłowaniach usprawnienia lecznictwa, uważa za swój obowiązek poddać pod rozwagę Pana Komisarza Rządu stosunki w pracowni bakterjologiczno-chemicznej Kasy Chorych m. Lwowa, które zdaniem Związku L. P. P. nie tylko nie idą w kierunku, zamierzonym przez Pana Ministra Opieki społecznej, ale utrzymane nadal, obniżą wyraźnie praktyczną wartość i naukowy poziom pracowni, podważając równocześnie byt lekarzy, wyszkolonych bakterjologów.

W pracowni bakterjologiczno-chemicznej Kasy Chorych m. Lwowa stwarza się bowiem, bez rozpisywania konkursu, posady laborantów n o w e g o t y p u, obok laborantów istniejących dotychczas w każdej pracowni bakterjologicznej, a składających się z wyszkolonej służby niższej. Nowy typ laborantów, złożony częściowo z osób z wykształceniem uniwersyteckiem, lecz nie lekarskiem obejmie z czasem automatycznie czynności dozwolone tylko lekarzom dyplomowanym, dopuszczany będzie do pobierania materjału u chorych i zabiegów, jak pobieranie krwi przez nakłucie żyły, co nie należy stanowczo do zadań laboranta, jako siły nielekarskiej. Nowy typ laboranta czyni zbędnem kreowanie posad lekarzy bakterjologów, godzi w podstawy bytu przyszłych lekarzy specjalistów, obniżając równocześnie wydatnie poziom pracy zakładu. Związek L. P. P. stoi na stanowisku, że posady bakterjologów i chemików lekarskich w pracowniach bakterjologiczno-chemicznych Kas Chorych mogą zajmować w drodze konkursu wyłącznie lekarze lub doktorzy wszech nauk lekarskich, którzy po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, przeszli wyszkolenie specjalne, trwające conajmniej dwa lata w uniwersyteckich instytutach, wzgl. równoważnych pracowniach bakterjologiczno-chemicznych szpitali państwowych lub państwowych oddziałach higieny. Przestrzeganie powyższych wymagań oraz ścisły rozdział kompetencji między lekarzem bakterjologiem a laborantem, który, jak poucza dotychczasowe doświadczenie uniwersytetów, może spełniać czynności wyłącznie techniczno-pomocnicze, podniesie wydatnie poziom pracy instytucji, zapewni możność pracy należycie wykształconym lekarzom bakterjologom i wzmoże w znacznym stopniu zaufanie szerokich warstw ludności do Kasy Chorych.

Nawiązując do powyższej sprawy, Związek Lekarzy Państwa Polskiego w myśl dyskusji, przeprowadzonej na Zjeździe delegatów Izb i Wydziałów lekarskich Rzeczypospolitej w Warszawie w dniach 24 i 25 listopada br. i na podstawie istniejącej już w Warszawie Rady Lekarskiej w Kasie Chorych, pozwala sobie

poddać rozwadze Pana Komisarza Rządu sprawę powołania Rady lekarskiej dla spraw lecznictwa przy Komisarzu Rządu Kasy Chorych we Lwowie. Związek L. P. P. stoi na stanowisku, że w Radzie lekarskiej powinni zasiadać, poza lekarzami Kasy Chorych z naczelnym lekarzem Kasy Chorych na czele, delegaci Wydziału lekarskiego, państwowego szpitala powszechnego i szpitala izraelickiego, delegat Izby lekarskiej lwowskiej i naczelnik miejskiego Urzędu Zdrowia obok przedstawicieli Związku lekarzy Państwa Polskiego. Powołanie przedstawicieli wspomnianych instytucji zapewni Panu Komisarzowi Rządu oparcie pracy o szerokie warstwy lekarskie, reprezentowane przez podane instytucje, wzmoży bardzo wydatnie zaufanie ubezpieczonych do Kasy Chorych, da szeroką rękojmię podniesienia poziomu lecznictwa w Kasie Chorych i umożliwi Panu Komisarzowi Rządu orjentację i decyzję w sprawach administracyjno-leczniczych.

Doc. Dr. Lipiński m. p. Prezes Zw. L. P. P. Obwód lwowski.

Dr. Daum m. p. Prezes Zw. L. P. P. Okrąg lwowski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs Ogólnodokształcający dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego odbędzie się od dnia 27 marca do 9 kwietnia 1930 roku. Program kursu obejmować będzie wykłady oraz zajęcia praktyczne w Klinikach U. W. z dziedzin najaktualniejszych dla lekarzy praktyków wraz z internatem na Klinice Położniczo-Ginekologicznej. Zwyczajem lat ubiegłych uczestnicy kursu mają prawo korzystania ze zniżek kolejowych w drodze powrotnej, będą mieli zapewnione mieszkania w Warszawie, po umiarkowanych cenach oraz otrzymają zaświadczenia z przesłuchania kursu. Szczegółowy program kursu zostanie niebawem ogłoszony w prasie lekarskiej. Informacyj w zakresie kursu udziela sekretarz kursu dr. med. Stanisław Hrom, asystent II Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nowogrodzka 59, przy Szpitalu Dzieciątka Jezus.

W sprawie dostarczania zwłok żydowskich do prosektorjów. Z Warszawy donoszą: W minist. W. R. i O. P. odbyła się 9. XII. pod przewodnictwem dyrektora departamentu Suchodolskiego konferencja w sprawie materjału prosektoryjnego w Uniwersytetach, w której udział wzięli naczelnik wydziału minist. W. R. i O. P. p. Dr. Tchórznicki, delegat minist. spraw wew., prezes Akademji Umiejętności rektor Uniw. Jagiell. Dr. Kazimierz Kostanecki, delegaci Uniw. w Warszawie, Lwowie i Wilnie, prezes warszawskiej gminy żyd. poseł Farbstein, prezes krakowskiej gminy żyd. Dr. Rafał Landau, tudzież reprezentant gminy żyd. Lwowa p. Chajes, Wilna senator Szabad i pos. Wygodzki oraz rabin warszawski prof. Dr. Schorr. Po zagajeniu zebrania przez dyr. Suchodolskiego i po powitaniu zebranych w imieniu ministra, złożył szczegółowe sprawozdanie o stanie sprawy prof. Uniw. warszawskiego Dr. Loth, poczem w obszernej dyskusji rektor Dr. Kostanecki przedstawił stan sprawy na Uniwersytecie krakowskim, stwierdzając, że dotychczasowe stosunki na Uniw. krakowskim między studentami chrześcijańskimi a żydowskimi były jaknajlepsze i wyraził w serdecznych słowach nadzieję, że uda się te dobre stosunki nadal utrzymać. Tożsamo stwierdził prof. Dr. Markowski ze Lwowa.

Prezes krakowskiej gminy żyd. Dr. Rafał Landau dziękując za zwołanie tej konferencji, która się niewątpliwie przyczyni do wyjaśnienia sprawy przedstawił trudności, na jakie od najdawniejszych czasów sprawa sekcji zwłok ze strony wszystkich religij natrafiała, omówił obowiązujące ustawodawstwo, w szczególności sprawę sekcji sądowo-karnych, patalogicznych i anatomicznych tudzież kroki jakie w tej sprawie krakowska gmina żyd. w r. 1920 już poczyniła. Dr. Landau domagał się, by zaniechano żądania od studentów żyd. dostarczania zwłok, gdyż studenci ani chrześcijańscy, ani żydowscy, tego obowiązku nie mają już z tego powodu, że tego spełnić nie są w stanie. Obowiązek ten ciąży jedynie na państwie. Prezes gminy warszawskiej Farbstein przedstawił i uzasadnił oświadczenie uchwalone na konferencji reprezentantów gmin. żyd. i rabinatu.

Po przemówieniach delegatów gminy żyd. we Lwowie i Wilnie tudzież delegata min. spr. wew., przewodniczący p. dyr. Suchodolski wyraził zadowolenie z przebiegu konferencji i stwierdzając, że uregulowanie tej kwestji ku zadowoleniu wszystkich czynników jest możliwe, zamknął posiedzenie.

W Klubie Lekarzy Polskich odbyły się następujące odczyty: 28. X. r. ub. Podpułk. Dr. Jerzy Babecki: Zagadnienie normowania rozrodczości. 24. XI. r. ub. Doc. Dr. Jan Mydlarski: Typy rasowe a konstytucja. 16. XII. r. ub. Dr. Witold Przyniczewski, naczelnik Wydziału w Departamencie zdrowia: Stan organizacji i potrzeby szpitalnictwa. Prof. Dr. Władysław Szenajch: O potrzebach szpitalnictwa dziecięcego.

Przed rokiem powstało w Warszawie Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu, którego założycielami są: Dr. Adamski, Zastępca Szefa Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Chodźko, b. Minister Zdrowia, Prof. Dr. Konopacki Dyrektor Zakładu Histologji i Embrjologji U. Warsz., Dr. Łuniewski Dyrektor Zakładu dla umysłowo chorych w Tworkach, Prof. Dr. Mazurkiewicz Dyrektor Kliniki Psychjatrycznej U. Warsz., Prof. Dr. Orzechowski Dyrektor Kliniki Neurologicznej U. Warsz., Dr. Piestrzyński Szef Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Przywieczerski Naczelnik Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Rose docent U. Warsz., Dr. Sławoj Składkowski Minister Spraw Wewnętrznych.

Towarzystwo ukonstytuowało się 19. XI. 1928 r. wybierając swym prezesem Prof. Dra Orzechowskiego, wiceprezesem Prof. Dra Konopackiego, sekretarzem Dra Łuniewskiego, skarbnikiem Prof. Dra Mazurkiewicza. Równocześnie powołano do życia Polski Instytut Badań Mózgu i powierzono jego kierownictwo Doc. Drowi M. Rosemu, dotychczasowemu kierownikowi takiego oddziału w Wilhelmowskim Instytucie Badań Mózgu w Berlinie.

Instytut mieści się w Zakładzie Histologji i Embrjologji Uniwersytetu Warszawskiego i rozwija swą działalność naukową od szeregu miesięcy.

Składka roczna członka zwyczajnego Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu wynosi 20 zł. Zgłoszenia przyjmuje skarbnik Towarzystwa Prof. Dr. J. Mazurkiewicz Warszawa, Hoża 58.

Zakończenie V-go Kursu trachomatologicznego. W dniu 6. XII. r. ub. odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny zamknięcie V-go Kursu Trachomatologji dla lekarzy. W sprawozdaniu z przebiegu kursu, kierownik kursu, Dr. H. Zachert zaznaczył, że w kursie tym brało udział 41 lekarzy przybyłych z 11-tu województw w tem: z przychodni przeciwjagliczych 17-tu; z Kas Chorych 6-ciu; lekarzy powiatowych i miejskich 7-miu; lekarzy szkolnych 6-ciu, i innych 5-ciu. W poprzednich kursach brało udział 206 lekarzy czyli ogółem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państwowej Szkole Higjeny 247 lekarzy. Po sprawozdaniu kierownika kursu przemawiali: w imieniu Departamentu V Służby Zdrowia Dr. H. Palester; w imieniu prelegentów Prof. K. Noiszewski i Doc. Dr. H. Melanowski, w imieniu słuchaczy Dr. Piotr Olszowski oraz w imieniu Państwowej Szkoły Higjeny Dr. J. Lubczyński.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) odbyły się w grudniu 1929 r. odczyty o godzinie 20¼. — I. Dn. 6 grudnia ub. r.: Dr. Juljusz Śląski: Wrażenia z podróży do Ameryki na Kongres Szpitalnictwa w Atlantic City (z przeźroczami). — II. Dn. 20 grudnia: P. Gen. E. de Henning Michaelis: Potęga Nafty: a) wpływ na operacje strategiczne, b) wojna anglo-amerykańska, c) pokój w Londynie, d) zdystansowana Europa, e) produkcja światowa, f) polska polityka naftowa.

Uczczenie zasług Dr. H. Nusbauma. W dn. 13 grudnia ub. r. w siedzibie Stowarzyszenia lekarzy polskich odbyło się zebraine w celu uczczenia zasług członka honorowego Stowarzyszenia, prof. Dr. Henryka Nusbauma, z okazji 80-tej rocznicy jego urodzin. Na uroczystość tę przybyli przedstawiciele władz i wyższych uczelni warszawskich, liczni lekarze oraz delegacje młodzieży uniwersytetu warszawskiego.

Zebraniu przewodniczył wiceprezes Stowarzyszenia lekarzy polskich, Dr. Kazimierz Orzeł, który, zagajając uroczystość, podniósł wielkie zasługi naukowe i społeczne Dr. Henryka Nusbauma i życzył mu dalszych owocnych lat pracy. Następnie szczegółowy referat o działalności naukowej i społecznej jubilata wygłosił Dr. Aleksander Żurakowski. Dr. Szumlański podniósł rolę, jaką odegrał jubilat, jako jeden z założycieli „Gazety Lekarskiej". Z kolei osobisty przyjaciel jubilata, p. Adam Bieńkiewicz, ziemianin z Podola, przemawiając w języku łacińskim, złożył mu serdeczne życzenia. Wreszcie zabrał głos Dr. Fr. Kowalski, który podkreślił rolę i zasługi Dr. Nusbauma dla Macierzy Polskiej.

Po tych przemówieniach zabrał głos jubilat, który ze wzruszeniem dziękował wszystkim za okazane dowody życzliwości i uznania.

Działalność lekarsko-naukowa Dr. Nusbauma wiąże się ściśle z wydawnictwem „Gazety Lekarskiej". Jest on jedynym żyjącym z 25-ciu lekarzy warszawskich, którzy w r. 1880 założyli to pismo i którzy przez lat zgórą 40-ci t. j. od czasu przeniesienia wydawnictwa do Lwowa po zlaniu się kilku pism w jedno, zasilał je swemi cennemi pracami i w ciężkich chwilach wspierał materjalnie.

Redakcja nasza przyłącza się do ogólnych życzeń i śle Czcigodnemu Jubilatowi wyrazy uznania i hołdu za długoletnią i tak cenną dla nauki polskiej pracę.

Lwów.

Współdzielnia Lekarska we Lwowie. Dn. 10 listopada u. r. odbyło się zebranie członków Współdzielni Lekarskiej pod przewodnictwem przewodniczącego Rady Nadzorczej Prof. Dra T. Ostrowskiego, dla szczegółowego przedyskutowania, przedstawionego przez fachowców statutu Współdzielni. Po ożywionej dyskusji wybrano komisję dla dokładnego rozpatrzenia statutu i ostatecznego przedstawienia go w czasie jak najbliższym. Myśl stworzenia własnej współdzielni lekarskiej należy powitać jak najgoręcej, gdyż ma ona ułatwić młodym kolegom materjalną stronę rozpoczęcia praktyki, wszystkim zaś ma uczynić dostępniejsze nabywanie artykułów gospodarczo-konsumpcyjnych i dokonywanie zamówień, dotyczących potrzeb lekarza i jego rodziny. Siła współdzielni polegać będzie na liczbie jej członków, dlatego też przystąpić do niej winna jak największa liczba kolegów. Udział (płatny w ratach) wynosi 200 zł. Bliższych wyjaśnień udziela Dr. Salpeter w Izbie lekarskiej, ul. Zyblikiewicza 23.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXIX Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 13 grudnia ub. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. A. Musiał: Omówienie rzadkiego przypadku guza pozagałkowego; 2) Kol. W. Grabowski: Roentgenoterapja nerwobólów (wykład); 3) Kol. W. Ziembicki: Deontologja u Hipokratesa (wykład). W dyskusji zabierali głos następujący Kol.: Rothfeld, Salpeter, Naróg, St. Ostrowski, Gąsiorowski, Mierzecki, Lipiński, T. Ostrowski, Zakrzewski, Pisek.

Poznań.

Dnia 13 ub. m. o godz. 8-ej min 15 wieczorem odbyło się w sali wykładowej Kliniki Derm. U. P. w Szpitalu Miejskim wspólne posiedzenie naukowe Wydziału lek. Tow. Przyj. Nauk i Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego z następującym porządkiem dziennym: 1) odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia, 2) pokazy chorych, 3) a) Dr. Jarząb: Związek niektórych chorób jamy ustnej z chorobami w wieku dziecięcym, b) Dr. Larsenowa Paulina: O leczeniu chorób allergicznych, 4) wolne głosy.

Z kraju.

Komunikat. Ekspozytura Urzędu Emigracyjnego we Lwowie zawiadamia, że Belgijskie Ministerstwo Kolonji skłonne jest przyjąć na służbę w belgijskiem Kongo kilku lekarzy narodowości polskiej.

Ewentualni kandydaci winni składać podania wprost do Ministrestwa Kolonji w Brukseli, dołączając do podania dyplom lekarski, świadectwo moralności i dobrego prowadzenia, świadectwo zdrowia oraz dowód odbycia praktyki lekarskiej.

Jako jeden z zasadniczych warunków przyjęcia podania do rozpatrzenia jest zupełna znajomość języka francuskiego w mowie i piśmie.

Kurs dla lekarzy Kas chorych w Bystrej. Sprawa działania lecznictwa kasowego, zwłaszcza w dziedzinie chorób płucnych wogóle, gruźlicy zaś płuc w szczególności, wymaga zestrajania się lekarzy kasowych i lekarzy jedynego na naszem terytorjum kasowego sanatorjum dla chorych piersiowych: „Domu Zdrowia" w Bystrej. Porozumienie się tym samym językiem lekarskim, trzymanie się jednolitego mianownictwa, jednolitego podziału w chorobach płuc znakomicie ułatwi pracę i lekarzom kasowym i „Domowi Zdrowia". Ponieważ lekarze kasowi nie mają dużo możności śledzenia za szybko naprzód postępującą nauką lekarska, ponieważ w Polsce posiadamy zaledwie znikomą liczbę lekarzy, oddających się badaniu gruźlicy należy wykorzystać każdą sposobność do rozszerzenia swej wiedzy lekarskiej, zwłaszcza w dziedzinie praktycznej, tak ważnej jak gruźlica. „Dom Zdrowia" w Bystrej skupia u siebie najmniej 250 chorych, przechodzących najrozmaitsze okresy gruźlicy. Aby wykorzystać w celach praktycznych ten bogaty materjał Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie urządził dla lekarzy kasowych 2-tygodniowy kurs w Bystrej.

Fundusz stypendjalny im. ś. p. prof. Rafała Radziwiłłowicza. Kreślimy słowa niniejsze pod wrażeniem świeżej, bolesnej straty: niespodziewanie. — na stanowisku. — zmarł ś. p. prof. Dr. R. Radziwiłłowicz.

Znaliśmy, szanowali, kochali Go wszyscy...

Indywidualność wybitna i piękna: myśl lotna i twórcza, wiedza i doświadczenie, — pogoda ducha, energja i zapał do pracy... I wielka prawość bez kompromisów — i wielkie serce...

Gorący społecznik — patrjota, mający odwagę przekonań i czynu, w potrzebie nieugięty, za rządów zaborczych zmuszony był do ustąpienia ze stanowiska ordynatora w Tworkach, — ku wielkiej krzywdzie chorych, żalowi współpracowników...

Za Jego staraniem otwarto ponownie, po przerwie kilkoletniej — za okupantów — szpital w Tworkach.

A wkrótce potem — już w odrodzonej Polsce, na stanowisku Naczelnika Wydziału Psychjatrycznego w Ministerstwie Zdrowia, jest gorącym rzecznikiem potrzeb szpitalnictwa psychjatrycznego w kraju, inicjatorem i założycielem Polskiego Tow. Psychjatrycznego, organizatorem zjazdów dorocznych.

Jako docent Uniwersytetu Warszawskiego wykłada psychopatologję sądową i psychologję dla medyków... Znajduje czas — aby brać udział gorliwy w organizacjach naukowych, społecznych...

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa do walki z alkoholizmem, na kongresach przeciwalkoholowych międzynarodowych reprezentuje Polskę...

Wszędzie — *pars magna fuit.*

A gdy z Warszawy przeniósł się do Wilna, powołany na katedrę psychjatrji i dyrektora kliniki, — spotkało Go tam dobrze zasłużone przez życie całe dotychczasowe przyjęcie: wielka popularność, niekłamany sentyment i zapał do pracy pod Jego światłym kierownictwem — wśród uczniów...

W poczuciu wielkich zasług Zmarłego, my, koledzy ze szpitala w Tworkach, — pragniemy tu wystąpić z inicjatywą trwałego uczczenia pamięci prof. Dr. Radziwiłłowicza... Sądzimy, że utworzenie Stypendjum Jego Imienia przy Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem będzie czynem, mogącym świadczyć o naszych uczuciach i uznania dla Niego...

Rzucamy myśl, — o której zaakceptowanie, o dalszą wspólną pracę nad zrealizowaniem jej prosimy. — Sądzimy, że w najbliższym czasie powstanie Komitet stypendjalny przy Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem, Komitet, do którego — poza przedstawicielami instytucyj psychjatrycznych, zechcą wejść przedstawiciele pokrewnych organizacyj naukowych i społecznych, w których Zmarły pracował...

Pragniemy tu jeszcze zaznaczyć, że na zapoczątkowanie funduszu stypendjalnego my koledzy i współpracownicy Zmarłego posiadamy do dyspozycji Komitetu sumę 1000 zł (tysiąc złotych).

(—) W. Bernasiewicz, (—) J. Bernasiewiczowa, (—) L. Bobrowski, (—) W. Bobrowska, (—) S. Deresz, (—) J. Grabarz, (—) Handelsman, (—) W. Jelowicki, (—) W. Łuniewski, (—) F. Steffen.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 50-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej" na stronie 959 i 960 notatce o pojawieniu się w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej pracy p. t. „Ciśnienie krwi i jego zaburzenia" w opracowaniu: prof. Modrkowskiego, prof. Januszkiewicza i doc. Sochańskiego podano w wierszu pierwszym od góry na stronie 960-tej mylnie, że Dr. Sochański jest docentem Uniwersytetu wileńskiego, zamiast lwowskiego.

Redakcja otrzymała.

Dr. Władysław Dobrzyński: „Jak przeciwdziałać zbytniemu skupieniu ludności w miastach wielkich". Odb. z nr. 3 rok IX kwart. „Praca i opieka społeczna". Warszawa 1930.

Dr. Władysław Dobrzyński: „Przyczynek do sprawy odbudowy i organizacji opieki mieszkaniowej". Odb. z nr. 2, rok IX, kwart. „Praca i opieka społeczna". Warszawa 1929.

Dr. Władysław Dobrzyński: „Opieka mieszkaniowa jako zadanie Państwa i Samorządów". Odb. z nr. 1, rok IX, kwart. „Praca i opieka społeczna". Warszawa 1929.

Mauz Friedrich: „Die Prognostic der endogenen Psychozen". Verlag Georg Thieme, Leipzig 1930.